

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN
AN STATIONÄR BEHÄNDELTEN
JUNGEN OPIATABHÄNGIGEN

Peter Titze

*Duss
München*

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München

Direktor: Prof. Dr.H. Hippus

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN
AN STATIONÄR BEHANDELTEN
JUNGEN OPIATABHÄNGIGEN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von
Peter Titze
aus
München

München 1984

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Hippius

Dekan: Prof. Dr. Spann

Tag der Prüfung: 29.5.1984

Die vorliegende Arbeit wurde im Therapiezentrum Bischofsried in 8918 Diessen am Ammersee in der Zeit von Frühjahr 1980 bis Frühjahr 1983 durchgeführt.

Herrn Dr. med. Helmut Waldmann, ärztlicher Leiter des Therapie-
zentrums Bischofsried und der Drogenklinik Uhlandstraße in Mün-
chen, danke ich für die Überlassung des Themas und für die jeder-
zeit gewährte Unterstützung.

Weiterhin bedanke ich mich bei Frau Dagmar Christmann für ihre
unermüdliche Hilfe bei der Kontaktaufnahme zu den Klienten.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	3
1.1 Zur aktuellen Situation in der Bundesrepublik	3
1.2 Zur vorliegenden Untersuchung	4
2. PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG	5
3. METHODEN	6
3.0 Bestimmung der verwendeten Begriffe	6
3.1 Therapiezentrum Bischofsried als Beobachtungsfeld	7
3.2 Auswahl und Kontaktaufnahme	8
3.3 Erhebung der Untersuchungsdaten	9
3.4 Auswertungsmethoden	11
4. ERGEBNISSE	13
4.1 Erfahrungen bei der Kontaktaufnahme	13
4.2 Erfahrungen bei der Erhebung der Untersuchungsdaten	14
4.2.1 Patientenakten	14
4.2.2 Dauer der Katamnesen	14
4.2.3 Interviewort	14
4.2.4 Interviewdauer	15
4.2.5 Konkrete Beeinträchtigungen der Validität	15
4.2.6 Aufwand der Untersuchung	16
4.3 Gesamtkollektiv und interviewte Teilgruppe	17
4.3.0 Genauigkeit der Zahlenangaben	17
4.3.1 Alter und Geschlecht	17
4.3.2 Therapie in Bischofsried	20
4.3.3 Drogenkarriere	23
4.3.4 Herkunft und Ausbildung	29
4.3.5 Familiensituation	35
4.3.6 Zusammenfassung und Interpretation	39

	Seite
4.4 Ergebnisse der Interviews	41
4.4.1 Rauschmittelmißbrauch	41
4.4.1.1 Zeitliche Änderung des Konsums von Drogen und Medikamenten	41
4.4.1.2 Zeitliche Änderung des Alkoholkonsums	43
4.4.1.3 Situation nach der Therapie	43
4.4.2 Arbeitsbereich	51
4.4.3 Freundeskreis	56
4.4.4 Freizeit	60
4.4.5 Wohnverhältnisse	80
4.4.6 Besitz und Geld	85
4.4.7 Therapie in Bischofsried	89
4.4.8 Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche	93
4.4.9 Vergleich zwischen drogenfreien und Drogen konsumierenden Klienten	105
5. DISKUSSION	109
5.1 Diskussion der Methoden zur Erhebung der Untersuchungsdaten	109
5.2 Diskussion der Auswertungsmethoden	110
5.3 Diskussion der Ergebnisse	112
6. ZUSAMMENFASSUNG	116
7. LITERATUR	122
Anhang 1: Fragebogen	126
Anhang 2: Lebenslauf	134

1. EINLEITUNG

1.1 Zur aktuellen Situation in der Bundesrepublik

Jede Gesellschaft ist verantwortlich für ihren Bestand an Randgruppen. Dazu zählen auch die vielen Menschen mit Suchtproblemen. In der Bundesrepublik Deutschland gab es 1982 nach einer sehr vorsichtigen Schätzung 0,9 bis 1,2 Millionen behandlungsbedürftige Alkoholiker, 200 000 bis 400 000 Medikamentenabhängige und 52 000 bis 80 000 drogenabhängige, meist heroinsüchtige Jugendliche oder junge Erwachsene (Obige Zahlenangaben verdanke ich Herrn Prof. Keup, die Größe der Schwankungsbreite dieser Schätzungen drückt den Grad ihrer Unsicherheit aus.).

Obwohl es 1980 und 1981 weniger Drogentote gab als 1979 (8) und trotz eines leichten Rückgangs bzw. einer Stagnation der Registrierung von Fixern und Ersttätern bei Rauschgiftdelikten (27), kann keine Entwarnung an der Drogenfront gegeben werden (13,27), nicht zuletzt auch wegen der mangelnden Aussagekraft der offiziell registrierten Zahlen (42). 1982 wurde nach einer Rekordernnte von Schlafmohn das Heroin billiger und reiner, die Zahl der Drogentoten stieg wieder drastisch an (8).

Der auf dem Sektor des Drogenmißbrauchs alarmierenden Situation (19) und den enormen volkswirtschaftlichen Kosten, die ein Fixer für die Gesellschaft verursacht (20), sollte mit dem neuen Betäubungsmittelgesetz begegnet werden, das unter dem Schlagwort "Therapie statt Strafe" vielfach in der Öffentlichkeit diskutiert wurde (22) und das in der Hoffnung, es würde die Therapiebereitschaft drogenabhängiger Täter steigern (32,39), am 1. Januar 1982 in Kraft trat. Nach § 35 des neuen Betäubungsmittelgesetzes kann die Vollstreckung der Haftstrafe ausgesetzt werden, wenn sich ein Jugendlicher zur Therapie entschließt. Die Anwendung des § 35 setzt voraus, daß das Urteil rechtskräftig ist und die Freiheitsstrafe höchstens zwei Jahre beträgt. Ferner wurden Strafen für Rauschgiftdelikte heraufgesetzt und die "Therapiekette Maßregelvollzug", eine Art Zwangstherapie für verurteilte Drogenabhängige, wurde ausgeweitet.

Das neue Gesetz ist unter Fachleuten sehr umstritten. Während viele Richter die erweiterten Möglichkeiten gegenüber dem alten Gesetz hervorheben, beobachten Therapeuten eine Schwächung des Vertrauensverhältnisses, weil sie von Klienten als der verlängerte Arm der Justiz angesehen würden. Sozialarbeiter beklagen, daß sie für die inhaftierten Drogenabhängigen fast ausschließlich zum juristischen Berater geworden seien und keine Zeit mehr für die persönlichen Probleme ihrer Klienten hätten. Es konnten aus der Untersuchungshaft heraus deutlich weniger Therapien als vorher vermittelt werden, weil die Dauer der Therapie und die langen Wartezeiten zusammen häufig wesentlich länger waren, als die abzusitzende Strafe. Viele Autoren (16, 18, 23, 24, 25, 40) halten eine stärkere Kriminalisierung des Drogengebrauchs grundsätzlich für wenig erfolgversprechend, dies zeigen auch Erfahrungen aus den USA (48) oder Großbritannien (3). Manche befürworten Zwangstherapien (26, 47), von anderen wird der "Drogenknast" heftig kritisiert (36, 37, 43). Eine sichere Beurteilung der Auswirkung des neuen Gesetzes ist nach so kurzer Zeit wohl kaum möglich.

1.2 Zur vorliegenden Untersuchung

Die nachuntersuchten jungen Opiatabhängigen dieser Arbeit waren vom neuen Beteübungsmittelgesetz noch nicht betroffen, die Arbeit stellt also keinen direkten Beitrag zur obigen Diskussion dar. Auch war es, u.a. wegen der kleinen Zahl der Klienten, nicht sinnvoll, die Untersuchung auf statistische Signifikanz hin anzulegen oder ihren Schwerpunkt auf die Therapieforschung zu setzen. Statt dessen soll in dieser Arbeit nicht wie in den meisten anderen nur die katamnestiche, sondern nahezu die gesamte Entwicklung der Jugendlichen beleuchtet und die dabei angewendeten Methoden diskutiert werden. Einzelne Tendenzen, die in dieser Untersuchung vielleicht aufgespürt oder Erfahrungen, die von ihr untermauert werden, könnten später an einem größeren Kollektiv mit längerer Katamnesedauer verifiziert werden.

2. PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG

Das erste Anliegen der vorliegenden katamnestischen Untersuchung an jungen Opiatabhängigen war, den Therapeuten des Therapiezentrums Bischofsried eine Rückmeldung über das Leben einer Gruppe ehemaliger Klienten nach der Therapie zu geben. Da die Katamnesen wegen des kurzen Bestehens des Therapiezentrums Bischofsried ohnehin recht kurz ausfallen mußten, wurde auf Versuche, den "Therapieerfolg" abzuschätzen, ganz verzichtet und dafür mehr Wert auf Vollständigkeit gelegt, indem möglichst viele Klienten, auch solche mit kurzen Katamnesen, interviewt wurden. Die Ergebnisse aus der Zeit nach der Therapie stellen also eine Rückmeldung im Sinne einer Momentaufnahme im Leben der ehemaligen Klienten dar. Die Arbeit befaßt sich mit denjenigen Aspekten, die gewöhnlich außerhalb des Gesichtskreises stationär tätiger Therapeuten liegen. Die Verwirklichung des zweiten Anliegens, der Untersuchung des dynamischen Aspekts im Leben der Befragten, wurde von der Dauer der Katamnesen weniger beeinflusst. Hier stellte sich jedoch das Problem, subjektive Lebensinhalte meßbar zu machen, um sie vergleichen und ihre Entwicklung beschreiben zu können. Die angewandten Methoden müssen daher gründlich diskutiert und die Ergebnisse entsprechend vorsichtig interpretiert werden.

Die beiden Anliegen dieser Untersuchung lassen sich in drei Fragen zusammenfassen:

1. In welchen Merkmalen unterscheidet sich der Anteil der Klienten, die an der Befragung teilnahmen, vom Gesamtkollektiv?
2. Welche Lebensbereiche verändern ihre Wichtigkeit, wenn man das gesamte Leben der Klienten betrachtet?
3. Wie leben die Klienten zum Zeitpunkt des Interviews, ist bei den gebesserten etwas an die Stelle des Heroins getreten?

3. METHODEN

3.0 Bestimmung der verwendeten Begriffe

Es wird zunächst die Bedeutung einiger Begriffe abgegrenzt, in der sie in dieser Arbeit verwendet werden. Dabei wird kein Anspruch auf allgemeine Gültigkeit erhoben.

Rauschmittel	illegale Drogen, alkoholhaltige Getränke, mißbräuchlich eingenommene Medikamente, Schnüffelfstoffe und andere chemische Substanzen mit berauschender Wirkung
Drogen	illegale Drogen im engeren Sinne: Cannabis, Halluzinogene, Opiate, Kokain, Amphetamine
harte Drogen	Opiate oder Amphetamine in intravenöser Applikation (hier meist Heroin)
Drogenzeit	Zeitraum vom erstmaligen Konsum illegaler Drogen bis zum Eintritt in das Therapiezentrum Bischofsried
Zeit nach der Therapie	Zeitraum vom Austritt aus dem Therapiezentrum Bischofsried bis zum Interview
Zeit vor der Drogenzeit	Zeit vor dem erstmaligen Konsum illegaler Drogen

3.1 Therapiezentrum Bischofsried als Beobachtungsfeld

Das Therapiezentrum Bischofsried liegt in landschaftlich sehr reizvoller Umgebung in der Nähe des Ammersees (Bayern). Es besteht seit Sommer 1979, wird vom Bayerischen Roten Kreuz, Kreisverband München, getragen und nimmt ausschließlich opiatabhängige Jugendliche oder junge Erwachsene zur stationären Langzeittherapie auf. Sein vorwiegender Einzugsbereich sind die Regierungsbezirke Oberbayern und Schwaben, es kommen aber auch Drogenabhängige aus dem gesamten süddeutschen Raum. Die Einrichtung ist im juristischen Sinne als offen, psychiatrisch als halboffen zu bezeichnen. 10 männliche oder weibliche Klienten werden hauptsächlich von 5 ganztags angestellten Therapeuten betreut, die als Psychologe, Sozialarbeiter, Erzieher oder Krankenschwester ausgebildet sind. Zu den Mitarbeitern zählen ferner 1 Zivildienstleistender, 1 Praktikant, eine Teilzeitstelle ist mit einer Verwaltungsangestellten und eine mit einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie besetzt, der die ärztliche Leitung des Therapiezentrums übernimmt und als ausgebildeter Psychotherapeut unter anderem wöchentlich einmal eine gemeinsame Fortbildung aller Mitarbeiter hält.

Es werden nur Drogenabhängige aufgenommen, die ihren körperlichen Entzug vorher in anderen Einrichtungen, meist in Krankenhäusern oder Strafanstalten abgeschlossen haben. Während der Therapie herrscht striktes Verbot von illegalen Drogen oder Alkohol, Medikamente dürfen unter der Kontrolle der Therapeuten nur eingenommen werden, wenn sie ärztlich verordnet sind, Tabak bleibt erlaubt. Klienten, die das Drogenverbot mißachten oder andere körperlich angreifen oder bedrohen, werden disziplinarisch entlassen. Will ein Klient die Therapie abbrechen, so muß er eine Frist von mindestens 24 Stunden einhalten, bevor er das Haus verläßt. Arbeiten wie Einkaufen, Kochen, Waschen, Holz hacken und Reparaturen am Haus machen die Jugendlichen selbst, ferner besteht die Möglichkeit zur Arbeit im Gemüsegarten oder zu zahlreichen kreativen Beschäftigungen. Diese Tätigkeiten, die man am besten als Arbeits- und Beschäftigungstherapie, soziales Training

und Milieuthherapie einordnen kann, bilden den Rahmen für Einzel- und tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie.

Die nach einer regulären Entlassung angestrebte Aufnahme in ein Übergangswohnheim der Prop-Alternative e.V. München soll eine Überforderung vermeiden, indem die drei Bereiche der auf die Klienten zukommenden Anforderungen, ihre materielle Existenzgrundlage zu erarbeiten, für sich allein zu wohnen und zu wirtschaften und eine drogenfreie Sozialisation auch im Freizeitbereich aufzubauen, zeitlich hintereinander gesetzt werden (45).

3.2 Auswahl und Kontaktaufnahme

Ziel der Kontaktaufnahme war es, ohne Vorauswahl alle Klienten zu erreichen, die in den ersten eineinhalb Jahren seit Bestehen des Therapiezentrums Bischofsried aufgenommen worden waren.

Die primäre Kontaktaufnahme erfolgte bei den meisten durch einen maschinengeschriebenen Brief, der außer der Bitte um Teilnahme kurz Gegenstand und Ziel der Untersuchung erklärte, die Interviewer vorstellte, ärztliche Schweigepflicht zusicherte und die Beantwortung weiterer Fragen zur Untersuchung anbot. Jedem Brief lag ein beschriftetes, frankiertes Kuvert und ein vorgedrucktes Rückantwortblatt bei, in dem der Klient nach der Richtigkeit der verwendeten Adresse, dem Einverständnis mit der Teilnahme an der Untersuchung und danach befragt wurde, ob er zur Zeit in einem Arbeitsverhältnis stehe. Erfolgte eine Zusage, so wurde in einem zweiten wiederum mit frankierter Rückantwort versehenen Brief, telefonisch oder durch persönlichen Besuch ein Interviewtermin vereinbart. Dieses etwas komplizierte Verfahren, das eine zweimalige Kontaktaufnahme erforderte, wurde bevorzugt in der Annahme, viele Klienten stünden ihrer vergangenen oder noch andauernden Drogenkarriere oder auch der Therapie so ambivalent gegenüber, daß ein einziges Schreiben, das gleich eine Festlegung auf einen Interviewtermin verlangt, eine Überforderung darstellen könnte. Die Klienten, die zur Zeit der Untersuchung in einem Übergangswohnheim lebten, waren den Interviewern meist per-

sönlich bekannt und wurden telefonisch um Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Diejenigen, die auf den ersten Brief nicht geantwortet hatten, wurden entweder ein zweites Mal angeschrieben - diesmal persönlicher und handschriftlich meist von ihrem ehemaligen Einzeltherapeuten - oder es wurde der Versuch gemacht, sie telefonisch oder persönlich zu erreichen. Bei den als unzustellbar zurückgekommenen Briefen wurde nach aktuellen Adressen und Telefonnummern geforscht, dabei kamen auch Informationen von bereits interviewten Klienten zur Hilfe.

3.3 Erhebung der Untersuchungsdaten

Bei der Auswertung des Aktenmaterials aller Klienten, die in den ersten eineinhalb Jahren im Therapiezentrum Bischofsried aufgenommen worden waren, wurden alle durchgängig dokumentierten Merkmale erfaßt.

Zur Ergänzung der Grunddaten wurden gleichzeitig zwei Untersuchungen mit verschiedener Fragestellung durchgeführt, als Untersuchungsinstrument wurde ein Interview gemeinsam von meiner Kollegin und mir entwickelt. Es enthielt Fragen, die nach dem Grundsatz der Plausibilität passend zu den Themata der Doppeluntersuchung formuliert waren. Dabei konnte auf Antwortkategorien aus einem anderen bewährten Interview (21) zurückgegriffen werden, und zum Zweck des Vergleichs fanden Fragen aus einer Repräsentativerhebung an bayerischen Jugendlichen (12) Verwendung. Das Interview konnte an Klienten, die damals gerade im Therapiezentrum Bischofsried waren, ausgetestet werden. Es enthielt Fragen zum Thema meiner Untersuchung, nämlich zu Arbeitsbereich, Freundeskreis, Freizeit, Wohnverhältnissen, Besitz und Umgang mit Geld und Fragen zum Dissertationsthema meiner Kollegin (34), die sich vor allem für das geschlechtsspezifische Rollenverhalten innerhalb der Drogenkarriere interessierte und die Bereiche Partnerschaft, Sexualität, Eßverhalten und Beziehung zum eigenen Körper genauer untersuchte. Viele Fragen waren für beide Themata wichtig, so z.B. Fragen nach Drogen- und Alkoholmißbrauch, Drogenkar-

riere, Herkunft der Jugendlichen, Therapie in Bischofsried und andere. Den weiblichen Klienten wurden von meiner Kollegin noch zusätzliche Fragen gestellt.

Aus jedem der obigen Lebensbereiche wurde jeweils mindestens ein qualitatives und ein quantitatives Merkmal mit Hilfe von offenen oder geschlossenen Fragen erfaßt. Die geschlossenen Fragen bestanden meist in dem Angebot einer Mehrfachauswahl unter vorgegebenen qualitativen Merkmalen mit der Möglichkeit der Äußerung von freien Antworten. Manche waren auch numerisch oder verbal skaliert oder ihre Antwort bestand in einer Zahlenangabe. Im Anhang befindet sich eine Zusammenstellung der in meiner Arbeit ausgewerteten Interviewfragen.

Allen Teilnehmern wurden die Fragen in der gleichen Reihenfolge gestellt, beginnend mit Fragen zu wenig belasteten Bereichen, die sich dann zunehmend dem dunklen Thema "Drogen" annäherten. Nach der Beantwortung der Fragen zu allen oben genannten Lebensbereichen, sollten die Klienten mit Hilfe von skalierten Fragen die Bedeutung abschätzen, die jeder dieser Bereiche für sie persönlich hatte. Die vorausgegangene Befragung konnte sich günstig im Sinne einer Definition der abzuschätzenden Lebensbereiche auswirken. In einem zweiten Durchgang wurde ein Teil meiner Fragen nochmals für den Zeitraum der Drogenzeit und in einem dritten Durchgang für die Zeit vor der Drogenzeit gestellt.

Das Interview sollte unter vier Augen und möglichst in der Wohnung bzw. dem momentanen Aufenthaltsort des Probanden stattfinden, um auf diese Weise auch die meist selbstgewählte persönliche Umgebung des Befragten in die Untersuchung einbeziehen zu können oder sie als Anknüpfungspunkt für ein Gespräch zu benutzen. War ein Interview in der Wohnung des Probanden nicht möglich oder unerwünscht, so fand es in einem Raum der Münchner Drogenklinik Uhlandstraße statt, in einer ruhigen Ecke eines schwach besetzten Cafes oder in der Wohnung des Untersuchers. Bei Probanden, die in einer Strafvollzugsanstalt interviewt wurden, wurde darauf geachtet, daß die Interviewdauer nicht auf die Besuchszeit angerechnet wurde, denn es sollten ihnen durch die Teilnahme an der Untersuchung keinerlei Nachteile entstehen.

Die Interviews der weiblichen Klienten wurden meist von meiner Kollegin gehalten, die der männlichen von mir, die Interviewtechnik war vorher aufeinander abgestimmt worden. Der Untersucher setzte sich, wenn es möglich war, neben den Probanden, so daß beide Einblick in den Fragebogen hatten und der Klient alle Eintragungen verfolgen konnte. Er wurde darauf hingewiesen, daß sein Name nicht in den Fragebogen eingetragen wurde, sondern durch eine Codenummer ersetzt worden war. Zu Beginn des Interviews betonte der Untersucher nochmals seine Schweigepflicht, erläuterte den Zweck der Untersuchung und bat den Klienten um wahrheitsgemäße Antworten. Es wurde den Probanden ausdrücklich angeboten, auf die Beantwortung von für sie unangenehmen Fragen ohne Angabe von Gründen zu verzichten. Der Untersucher arbeitete den Fragebogen zusammen mit dem Klienten durch, bei Bedarf wurden Pausen eingelegt. Die Interviewtermine wurden nach Möglichkeit so gewählt, daß Untersucher und Klient nach der Befragung Zeit für Gespräche blieben, die sich vielleicht spontan ergeben würden. Nach Interview und Gespräch wurden die subjektiven Eindrücke schriftlich festgehalten, die der Befragte durch Erscheinung, Auftreten und seine persönliche Umgebung beim Untersucher hinterlassen hatte.

3.4 Auswertungsmethoden

Mit Hilfe der in den Patientenakten durchgängig dokumentierten Merkmale werden zunächst die interviewten Klienten mit den nicht interviewten und dem Gesamtkollektiv verglichen (siehe 4.3).

Die Angaben der interviewten Klienten zu ihrem Drogen- und Alkoholkonsum nach der Therapie werden vorsichtig auf das Gesamtkollektiv angewendet (siehe 4.4.1.3).

Beim interviewten Kollektiv wird die Änderung der Ausprägung eines Merkmals zwischen den untersuchten Zeiträumen auf zweierlei Arten ausgewertet (siehe 4.4):

- a) durch die vergleichende Darstellung der Ausprägung oder Häufigkeit eines Merkmals im interviewten Kollektiv zu verschiedenen Zeiten;

b) durch Zählen der einzelnen Klienten, bei denen ein Merkmal nach der Therapie jeweils stärker, gleich stark oder schwächer ausgeprägt oder vertreten war.

Einige Angaben zu Familiensituation (siehe 4.3.5) und Freizeitverhalten (siehe 4.4.4) können mit den Antworten eines repräsentativen Kollektivs (12) verglichen werden. Die Bedeutung eines jeden Lebensbereiches (siehe 4.4.8) und deren Entwicklung in den verschiedenen Zeiträumen wird sowohl für jeden Lebensbereich allein ("absolut") als auch im Vergleich zu anderen Lebensbereichen ("relativ") ausgewertet. Zum Schluß (siehe 4.4.9) werden die interviewten Klienten in die Untergruppen der Drogenfreien und der Drogen konsumierenden unterteilt, die Untergruppen werden miteinander verglichen.

4. ERGEBNISSE

4.1. Erfahrungen bei der Kontaktaufnahme

Ziel der Kontaktaufnahme war es, ohne Vorauswahl alle 43 Klienten zu erreichen, die bis zum Stichtag 1.1.1981 im Therapiezentrum Bischofsried aufgenommen worden waren.

Die primäre Kontaktaufnahme erfolgte bei 36 Klienten brieflich, bei 5 telefonisch. Bei einem war weder seine eigene Adresse, noch die seiner Eltern zu ermitteln, eine Klientin war nicht mehr am Leben. Von den 36 abgeschickten Briefen blieben 19 unbeantwortet, 4 kamen als unzustellbar zurück, 13 wurden beantwortet und enthielten alle eine Zustimmung zur Teilnahme an der Untersuchung. Es kam aber nur zu 9 Interviews, weil 4 Klienten ihre Zustimmung wieder zurücknahmen, auf Terminvorschläge mehrmals nicht reagierten oder zum Interviewtermin wiederholt nicht anzutreffen waren. Die Klienten, die telefonisch um eine Teilnahme an der Untersuchung gebeten wurden, lebten alle noch in einem Übergangswohnheim, dies erklärt auch, daß es bei allen 5 zu einem Interview kam.

Von den 19 Klienten, die auf den ersten Brief nicht geantwortet hatten, wurden 8 ein zweites Mal angeschrieben - diesmal persönlicher und handschriftlich, meist von ihrem ehemaligen Einzeltherapeuten - was zu 4 Interviews führte, bei 11 Klienten wurde der Versuch gemacht, sie telefonisch oder persönlich zu erreichen, was weitere 6 Interviews einbrachte. Es zeigte sich, daß viele Klienten nicht mehr bei ihren Eltern lebten und den ersten Brief gar nicht erhalten hatten oder aber ihn erhalten und verlegt hatten, darunter auch einer, der telefonisch zusagte, aber als einziger wegen der zu großen Entfernung seines Wohnortes (600 km) aus der Untersuchung ausgeschlossen werden mußte.

Bei den 4 als unzustellbar zurückgekommenen Briefen konnte in 2 Fällen die aktuelle Telefonnummer ermittelt werden, es kam zu 2 Interviews.

Insgesamt konnte also von allen 43 Klienten, die in den ersten

eineinhalb Jahren im Therapiezentrum Bischofsried aufgenommen worden waren, bei 41 der Versuch einer Kontaktaufnahme gemacht werden, was zu 26 Interviews führte.

4.2 Erfahrungen bei der Erhebung der Untersuchungsdaten

4.2.1 Patientenakten

Zunächst wurden die Patientenakten aller 43 Klienten ausgewertet, bei den 17 nicht nachuntersuchten blieben sie die einzige Informationsquelle. Die Akten enthielten Daten zur Lebensgeschichte der Klienten bis zum Austritt aus dem Therapiezentrum Bischofsried. Angaben zu Alter und Geschlecht, Therapie, bisheriger Drogenkarriere, Herkunft, Ausbildung und Familiensituation waren bei fast allen vorhanden, Ergebnisse sind in 4.3 dargestellt. Die Angaben zum Beruf der Eltern fehlten leider manchmal, vor allem bei Klienten, die die Therapie schon nach wenigen Tagen abgebrochen hatten.

4.2.2 Dauer der Katamnesen

24 Interviews fanden von Juli bis Oktober 1981 statt, bei 2 Nachzügler erst im Sommer 1982. Da das Therapiezentrum Bischofsried erst seit Juli 1979 besteht, mußte die Dauer der Katamnesen recht kurz ausfallen. Mit einer Spannweite von 6 Wochen bis über 2 Jahren lag sie im Durchschnitt bei 13,0 Monaten. Die Untersuchung stellt also eine Momentaufnahme in der weiteren Entwicklung der Befragten dar, die niemals Beurteilung des Therapieerfolges sein kann (siehe 5.2).

4.2.3 Interviewort

12 Interviews fanden in der Wohnung des Probanden statt, 5 in einem Übergangswohnheim, 3 im Cafe, je 2 in einem Raum der Münchner Drogenklinik und in Strafvollzugsanstalten, je 1 in einer

psychiatrischen Klinik und in der Wohnung des Untersuchers. So konnte sich der Interviewer bei 17 Jugendlichen einen subjektiven Eindruck ihrer meist selbstgewählten und selbstgestalteten persönlichen Umgebung machen.

4.2.4 Interviewdauer

Die Interviewdauer variierte wegen der unterschiedlichen intellektuellen und affektiven Differenziertheit der Befragten, wegen Unterschieden des Erinnerungsvermögens und der spontanen Gesprächsbereitschaft zu gestellten Fragen zwischen 80 und 240 Minuten und betrug durchschnittlich 130 Minuten. In 3 Fällen wurden zwei Sitzungen benötigt. Über das anstrengende und umfangreiche Interview hinaus ergaben sich mit fast allen Probanden Gespräche, die neue Sachverhalte und Zusammenhänge hervorbrachten, die sonst in der fragebogengebundenen Form untergegangen wären. Manchmal übertraf die Gesprächszeit die Dauer des Interviews, sie lag durchschnittlich bei 60 Minuten.

4.2.5 Konkrete Beeinträchtigung der Validität

Ergänzend zur Diskussion der Reliabilität, Objektivität und Validität katamnestischer Untersuchungen im Allgemeinen (siehe 5.1) und zu entsprechenden Überlegungen bei der methodischen Entwicklung und Durchführung dieser Untersuchung (siehe 3.3) werden nun einige Situationen wiedergegeben, die die Validität dieser Untersuchung in schwer schätzbarem Ausmaß beeinträchtigt haben.

Außer bei 3 Befragten fand das Interview bei allen unter vier Augen statt. Ein Klient bestand auf der Anwesenheit seiner Frau mit der Begründung, er hätte ihr gegenüber nichts zu verbergen, sie hätte selbst eine Suchtproblematik hinter sich. Bei den beiden inhaftierten Klienten ließ die Anwesenheit anderer Häftlinge mit Besuchern und eines Beamten der Strafvollzugsanstalt im Raum, in dem das Interview stattfand, zunächst eine starke Verfälschung der Antworten erwarten. Der Geräuschpegel in den Besucherräumen war jedoch recht hoch und es gelang jeweils sehr gut,

bei Angaben, die den inhaftierten Klienten zusätzlich belasten könnten, auf nonverbale Kommunikation mit Hilfe der vorgedruckten Fragebögen auszuweichen, so daß die Reliabilität nicht wesentlich beeinträchtigt sein dürfte. Der hohe Zeitdruck, den die starre Besuchsregelung vorschrieb, wirkte sich auf die Interviews wohl eher qualitätsmindernd aus.

Die Probanden wurden nicht gefragt, ob sie während des Interviews unter Drogeneinfluß stünden, den Interviewern fielen aber 2 Klienten durch verlangsamte Reaktionen und leichte Verwirrtheit auf: Einer stand in stationärer psychiatrischer Behandlung unter Neuroleptika-Einfluß, eine Klientin gab zu, Medikamente mißbräuchlich eingenommen zu haben. In beiden Fällen war die Beeinträchtigung nicht so groß, daß das Interview deswegen abgebrochen werden mußte.

In zwei Fällen wurde offenkundig, daß bewußt die Unwahrheit gesagt wurde, als nämlich nach gezielten Fragen ein Klient eine Reihe früherer Selbstmordversuche unterschlug, die aber in seiner Patientenakte vermerkt und gesichert waren, ein anderer, detailliert nach seinem momentanen Drogenkonsum befragt, diesen trotz gegenteiliger Beobachtung von Therapeuten und ehemaligen Klienten stark verharmloste. Die zu Beginn des Interviews angebotene Möglichkeit, auf die Beantwortung einer Frage ohne Angabe von Gründen zu verzichten, wurde nur 2 mal wahrgenommen.

4.2.6 Aufwand der Untersuchung

Die Untersucher mußten insgesamt 3200 km zurücklegen, um die Intervieworte zu erreichen, das sind 123 km pro tatsächlich stattgefundenem Interview. Nur einmal wurde ein Interviewort trotz Terminvereinbarung vergeblich angefahren, der Klient war auch am nächsten Morgen nicht anzutreffen und auf das Interview mußte verzichtet werden.

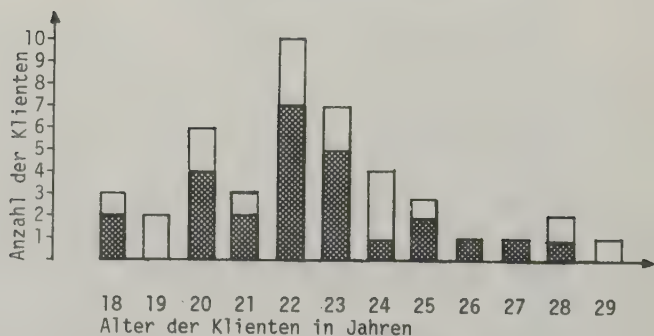
4.3 Gesamtkollektiv und interviewte Teilgruppe

4.3.0 Genauigkeit der Zahlenangaben

Die kleine Anzahl von 43 Klienten im Gesamtkollektiv und nur 26 in der interviewten Teilgruppe zwingt zur vorsichtigen Interpretation der Zahlenverhältnisse. Im Text von Abschnitt 4.3 und 4.4 sind daher nur deutliche Merkmalsunterschiede erwähnt. Die Verteilung der Merkmale ist dort, wo es sinnvoll erscheint, wegen der besseren Übersichtlichkeit in Prozent angegeben, jeweils an ganze 10%-Werte angenähert. Eine in zwei Stellen genaue Prozentangabe wurde nach Möglichkeit vermieden, da sie eine nicht vorhandene Kollektivgröße und Genauigkeit vortäuscht. Die meisten absoluten Zahlen und im Text nicht genannte Prozentangaben entnehme der Leser den Abbildungen, die mit absoluten und relativen Maßstäben versehen sind.

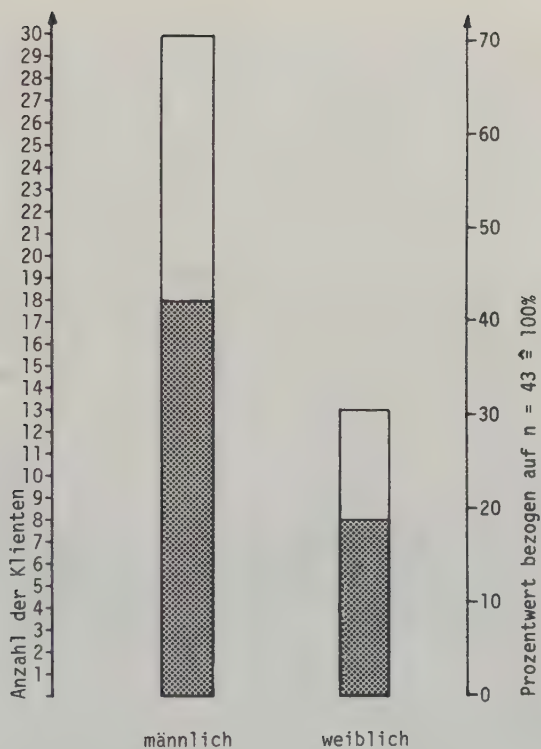
4.3.1 Alter und Geschlecht

In der Alters- und Geschlechtsverteilung (Abb. 1 und Abb. 2) stimmt die interviewte Teilgruppe mit dem Gesamtkollektiv nahezu überein.



	Anzahl	Durchschnitts- alter
 nicht interviewte Klienten	n = 17	22,4 Jahre
 interviewte Klienten	n = 26	22,5 Jahre
 +  Gesamtkollektiv	n = 43	22,4 Jahre

Abb.1: Alter bei Eintritt ins Therapiezentrum Bischofsried

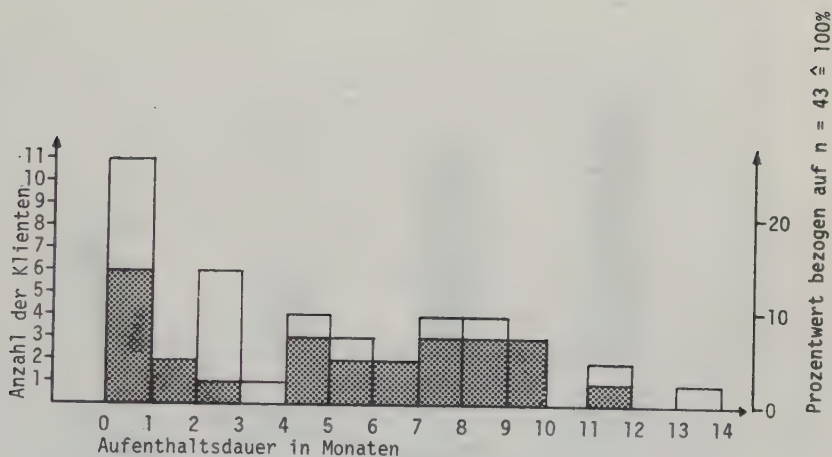


Anzahl		
	nicht interviewte Klienten	n = 17
	interviewte Klienten	n = 26
 + 	Gesamtkollektiv	n = 43

Abb.2: Geschlecht

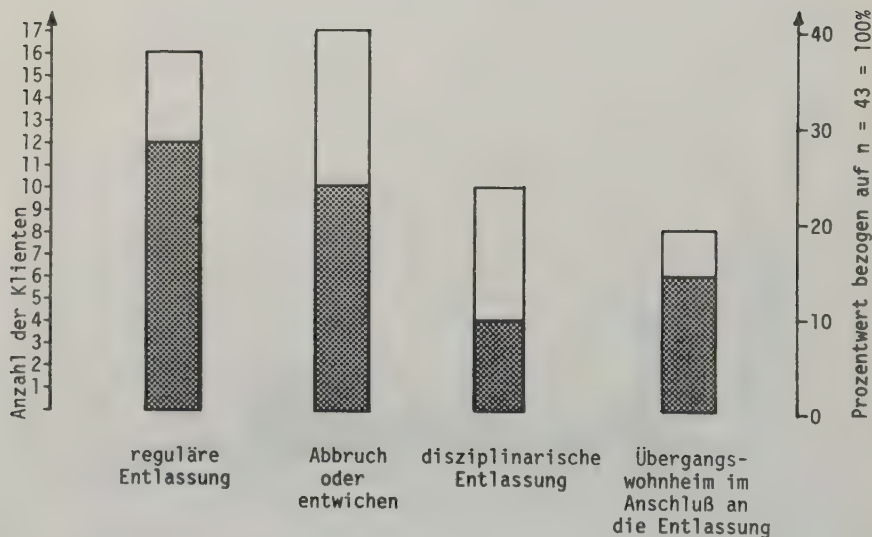
4.3.2 Therapie in Bischofsried

Die Motivation zur Therapie läßt sich schwer beurteilen. Eine Auswertung der Krankenakten zeigte sowohl im Gesamtkollektiv als auch in der interviewten Teilgruppe, daß für fast die Hälfte der Klienten äußere Umstände, meist Bewährungsauflagen, eine wichtige Rolle für die Therapiemotivation spielten. Die Dauer des Aufenthalts im Therapiezentrum (Abb. 3) variierte zwischen 5 Tagen und über 13 Monaten. Der Durchschnittswert für das Gesamtkollektiv lag bei 4,7 Monaten, für die interviewte Teilgruppe bei 5,2 Monaten. Der Unterschied von einem halben Monat läßt sich vor allem darauf zurückführen, daß von den Klienten, die die Therapie zwischen dem zweiten und dem dritten Monat abgebrochen hatten, nur einer interviewt werden konnte. Nur etwa 40% aller Klienten erreichte die reguläre Entlassung, die Hälfte davon lebte anschließend für mehrere Monate in einem Übergangswohnheim (Abb. 4). Die Therapieabbrüche fanden meist innerhalb des ersten Monats statt (Abb. 3). Der Anteil der Nachuntersuchten war am höchsten bei den regulär Entlassenen, am niedrigsten bei den Klienten, die aus disziplinarischen Gründen entlassen werden mußten (Abb. 4).



	Anzahl	durchschnittl. Aufenthaltsdauer
nicht interviewte Klienten	$n = 17$	4,0 Monate
interviewte Klienten	$n = 26$	5,2 Monate
+ Gesamtkollektiv	$n = 43$	4,7 Monate

Abb.3: Dauer des Aufenthalts im Therapiezentrum Bischofsried

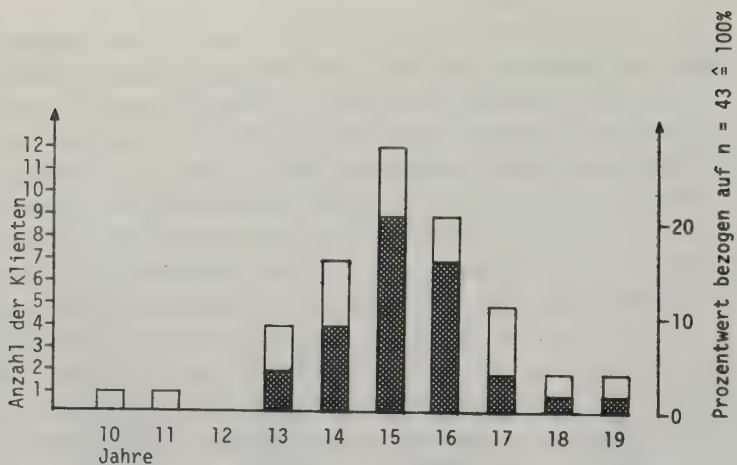


	Anzahl
	nicht interviewte Klienten n = 17
	interviewte Klienten n = 26
 + 	Gesamtkollektiv n = 43

Abb.4: Austritt aus dem Therapiezentrum Bischofsried und Eintritt in ein Übergangwohnheim

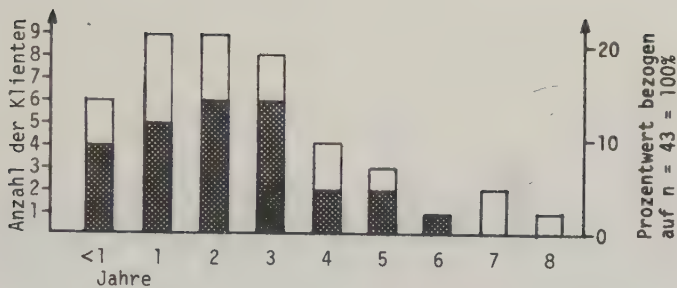
4.3.3 Drogenkarriere

Die erste illegale Droge war bei fast allen Klienten Cannabis, meist als Haschisch, nur ein Klient rauchte Opium als Einstiegsdroge. Das Durchschnittsalter beim Erstkontakt betrug 15,2 Jahre, nach durchschnittlich 2,6 Jahren wurde auf den intravenösen Mißbrauch harter Drogen umgestiegen (Abb. 5, 6 und 7). Das Fixen von Heroin wurde nun für alle zur dominierenden Form des Drogenmißbrauchs bis auf eine Ausnahme: ein Klient hatte sich Opiate nie intravenös, sondern meist oral zugeführt, allerdings in so exzessiver Dosierung, daß er ebenfalls eine starke körperliche Abhängigkeit entwickelte. Er wird im weiteren Verlauf der Untersuchung unter die Fixer eingereiht. Bei Eintritt ins Therapiezentrum hatten die Klienten durchschnittlich 7,2 Jahre Drogenkarriere (Abb. 8) und 4,6 Jahre Heroinmißbrauch (Abb. 9) hinter sich. Bei der Zählung wurden nur Unterbrechungen von mindestens einem Jahr Dauer berücksichtigt. Die meisten hatten schon mehrere Entzüge auf eigene Faust versucht oder waren in ambulanter Behandlung. Für etwa 60% der Klienten war das Therapiezentrum Bischofsried die erste stationäre Therapie in einer speziellen Einrichtung für Drogenabhängige (Abb. 10). Der Aufenthalt in einer gemischten psychiatrischen Station und die Entgiftung bei einem Krankenhausaufenthalt wegen einer Folgekrankheit der Drogenabhängigkeit wurde nicht als Therapie gewertet. Etwa 40% der Klienten hatten während ihrer Drogenkarriere eine Hepatitis. Sie unterschieden sich in ihren Daten zu Dauer und Intensität des Heroinmißbrauchs aber nicht von den Klienten ohne Hepatitis. Bis zum Eintritt ins Therapiezentrum waren die Klienten im Durchschnitt 1,2 mal inhaftiert worden, die Teilgruppe der Nachuntersuchten nur 1,0 mal (Abb. 11). Bei den Delikten handelte es sich fast ausschließlich um Beschaffungskriminalität.



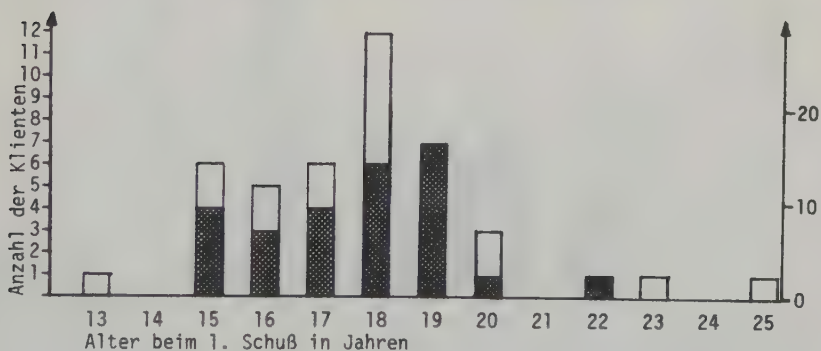
	Anzahl	Durchschnitt
 nicht interviewte Klienten	n = 17	14,9 Jahre
 interviewte Klienten	n = 26	15,4 Jahre
 +  Gesamtkollektiv	n = 43	15,2 Jahre

Abb.5: Alter bei Erstkontakt mit illegalen Drogen



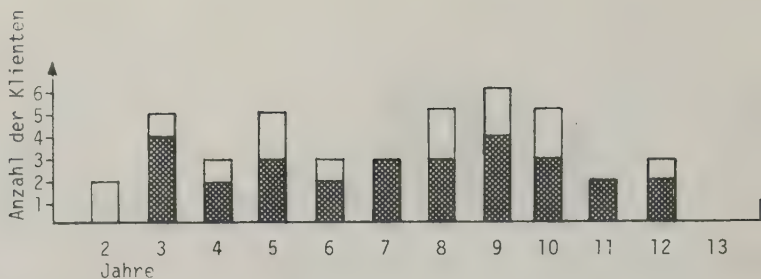
	Anzahl	Durchschnitt
nicht interviewte Klienten	n = 17	3,0 Jahre
interviewte Klienten	n = 26	2,3 Jahre
+ Gesamtkollektiv	n = 43	2,6 Jahre

Abb.6: Zeitraum zwischen Erstkontakt mit illegalen Drogen und erstem Schuß



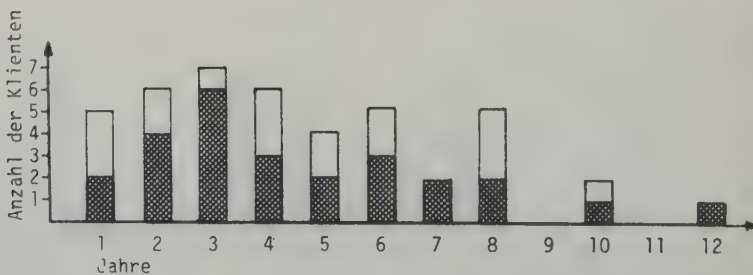
	Anzahl	Durchschnitt
nicht interviewte Klienten	n = 17	17,9 Jahre
interviewte Klienten	n = 26	17,7 Jahre
+ Gesamtkollektiv	n = 43	17,8 Jahre

Abb.7: Alter beim 1. Schuß



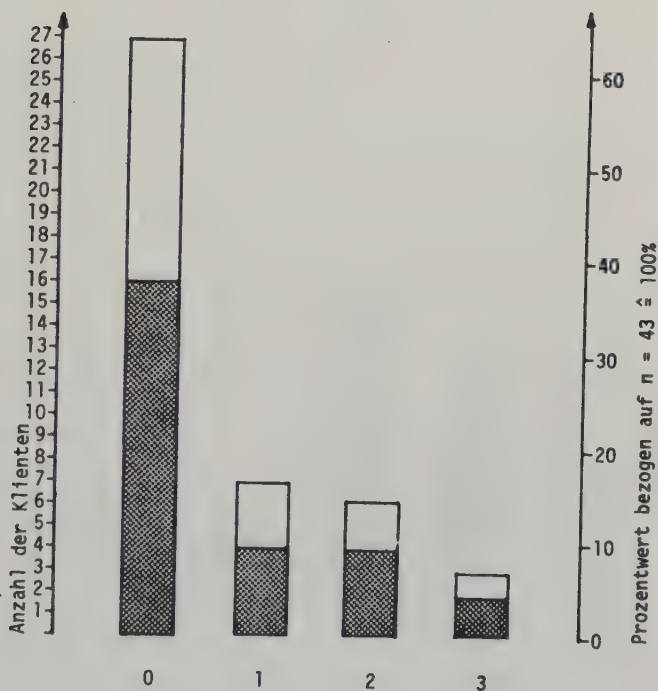
	Anzahl	Durchschnitt
nicht interviewte Klienten	n = 17	7,6 Jahre
interviewte Klienten	n = 26	7,0 Jahre
+ Gesamtkollektiv	n = 43	7,2 Jahre

Abb.8: Zeitraum zwischen Erstkontakt mit illegalen Drogen und Eintritt ins Therapiezentrum Bischofsried ("Drogenkarriere")



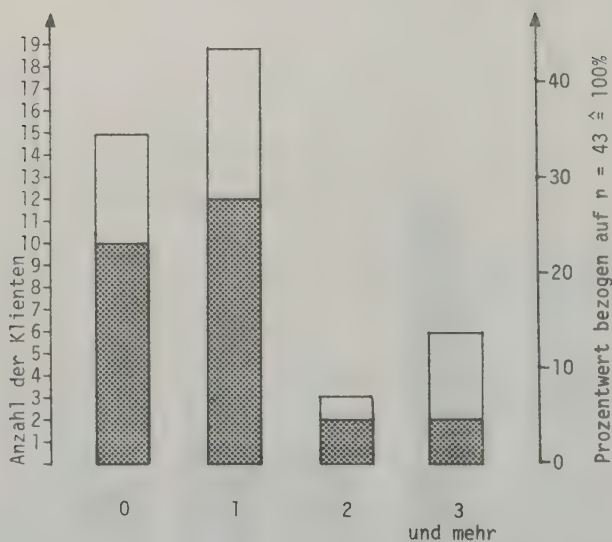
	Anzahl	Durchschnitt
nicht interviewte Klienten	n = 17	4,6 Jahre
interviewte Klienten	n = 26	4,6 Jahre
+ Gesamtkollektiv	n = 43	4,6 Jahre

Abb.9: Dauer des Heroinmißbrauchs



		Durchschnitt
	nicht interviewte Klienten	n = 17 0,6 Therapien
	interviewte Klienten	n = 26 0,7 Therapien
 + 	Gesamtkollektiv	n = 43 0,7 Therapien

Abb.10: Anzahl der stationären Therapien in speziellen Einrichtungen für Drogenabhängige vor Eintritt in das Therapiezentrum Bischofsried



Durchschnitt			
	nicht interviewte Klienten	n = 17	1,5 Aufenthalte
	interviewte Klienten	n = 26	1,0 Aufenthalte
 + 	Gesamtkollektiv	n = 43	1,2 Aufenthalte

Abb.11: Anzahl der Gefängnisaufenthalte vor Eintritt ins Therapiezentrum Bischofsried

4.3.4 Herkunft und Ausbildung

Die weitaus meisten Klienten des Gesamtkollektivs sind in ihrer Kindheit überwiegend in der Großstadt aufgewachsen (Abb. 12). Ein Vergleich mit einer Repräsentativerhebung bei bayerischen Jugendlichen der gleichen Jahrgänge (12) zeigt, daß im Gesamtkollektiv die Großstadtkinder stark überrepräsentiert sind, die Kinder, die überwiegend auf dem Land aufgewachsen sind, deutlich und Kinder aus Klein- und Mittelstädten leicht unterrepräsentiert sind. Es fällt auf, daß es bei fast allen ehemaligen Landkindern zu einem Interview kam, dagegen nur bei gut der Hälfte der ehemaligen Großstadtkinder. Betrachtet man die Berufe der Eltern der Klienten, so ergeben sich erhebliche Interpretationsschwierigkeiten wegen lückenhafter Krankenakten bei den nicht Befragten (Abb. 13). Der Vergleich mit einer Repräsentativerhebung (12) zeigt, daß bei den Vätern die Gruppe der freien Berufe und selbständigen Akademiker sehr stark, die der selbständigen Unternehmer dagegen sehr schwach vertreten ist, und die Landwirte ganz fehlen. Bei den Müttern ist die Gruppe der Arbeiterinnen und Facharbeiterinnen stärker vertreten als in der Repräsentativerhebung (12). Diese Verschiebung läßt sich zumindest teilweise durch den geringen Anteil der Landbevölkerung im Gesamtkollektiv erklären. Interpretierbare Unterschiede beim Beruf der Eltern zwischen Gesamtkollektiv und interviewter Teilgruppe waren nicht festzustellen.

Bei Therapiebeginn hatten alle Klienten die Schule bereits verlassen. Der höchste Schultyp, der für mindestens ein Jahr besucht wurde, war bei über 60% die Hauptschule (Abb. 14). Der Anteil der interviewten Klienten war bei den ehemaligen Realschülern und Gymnasiasten erheblich höher als bei den ehemaligen Hauptschülern. Bei Eintritt ins Therapiezentrum hatte nur gut die Hälfte der Klienten eine abgeschlossene Berufsausbildung (Abb. 15), über 30% hatte ihre Lehre - häufig mehrmals - abgebrochen und etwa 10% hatte keinen Hauptschulabschluß. Tabelle 1 zeigt, daß der schulische und berufliche Abstieg bei den ehemaligen Gymnasiasten und Realschülern besonders stark ausgeprägt ist.

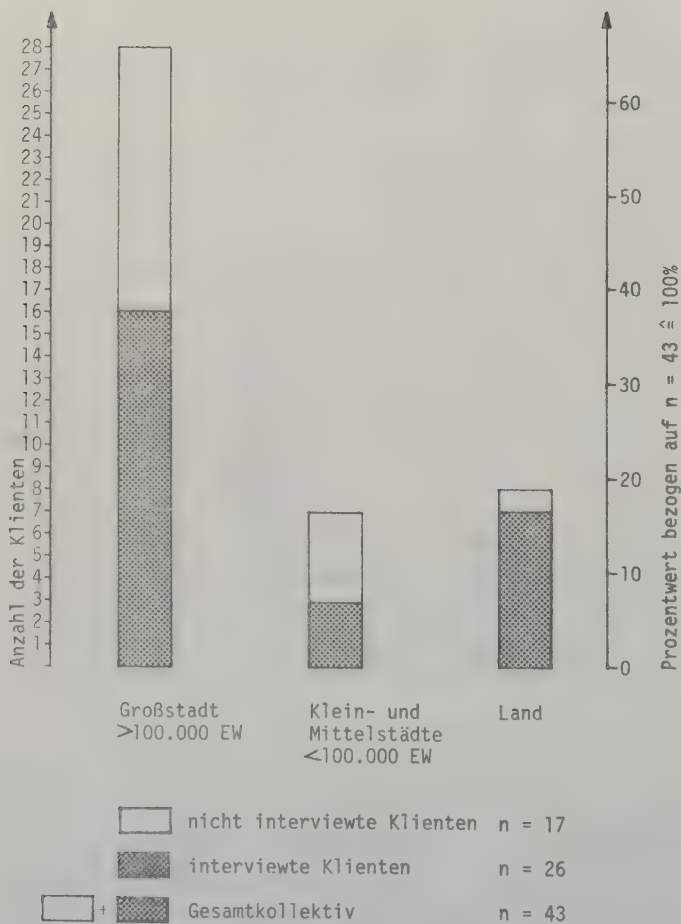


Abb.12: Größe der Orte, in denen die Klienten überwiegend aufgewachsen sind

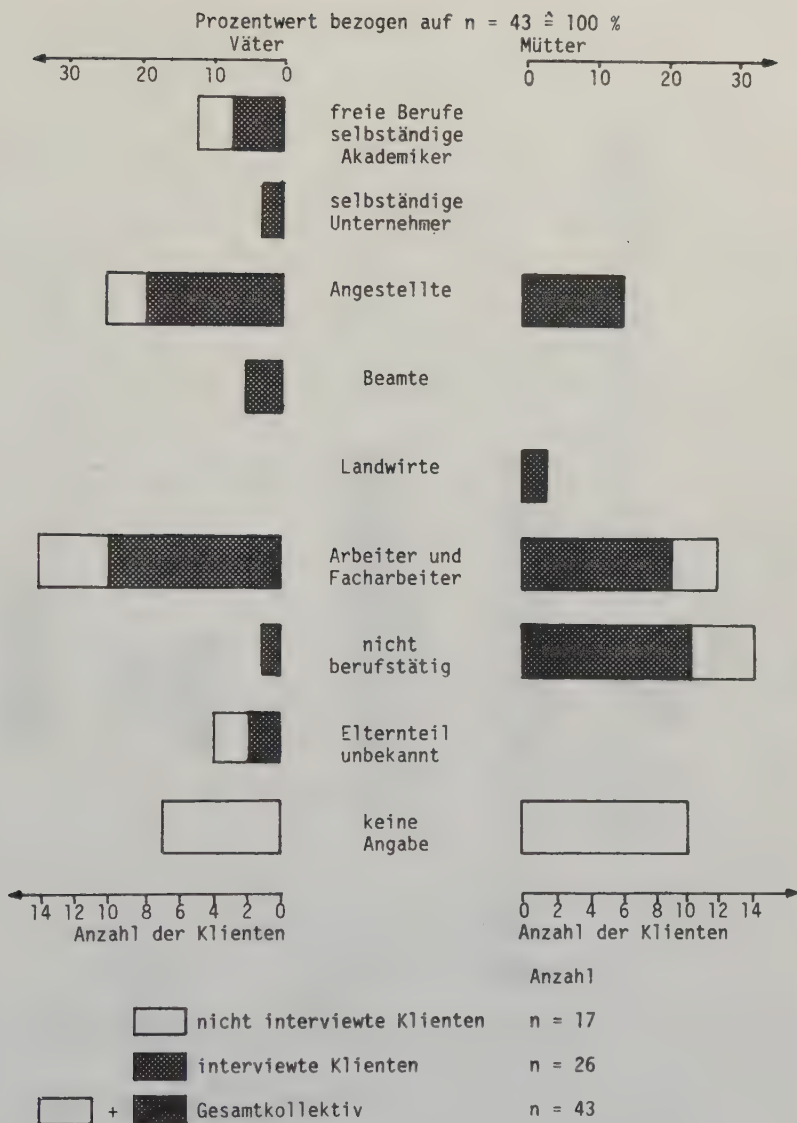


Abb.13: Beruf/Tätigkeit der Eltern

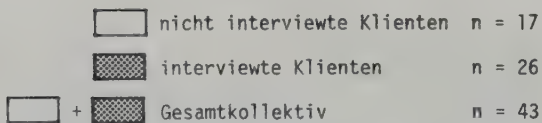
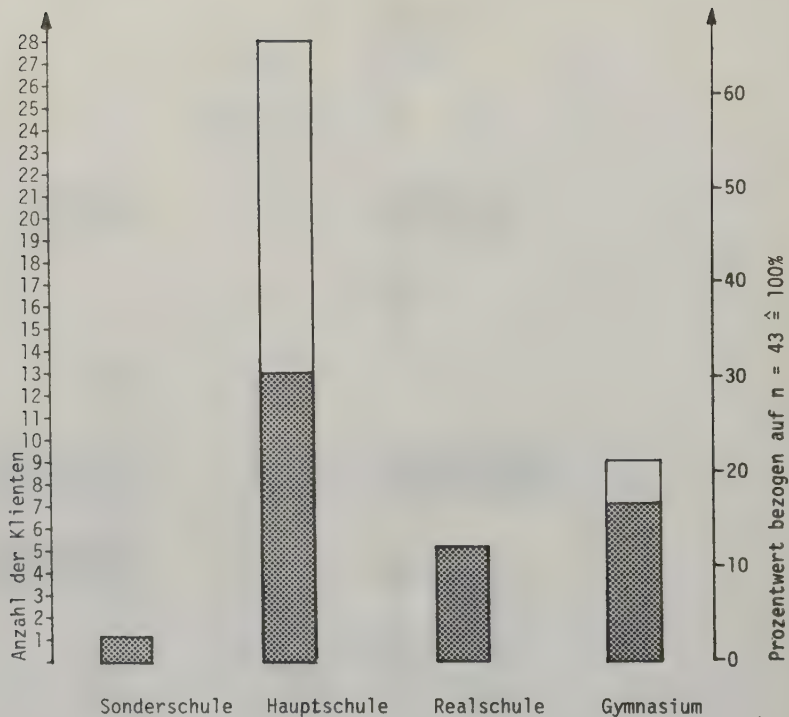


Abb.14: Höchster Schultyp, der von Klienten für mindestens 1 Jahr besucht wurde

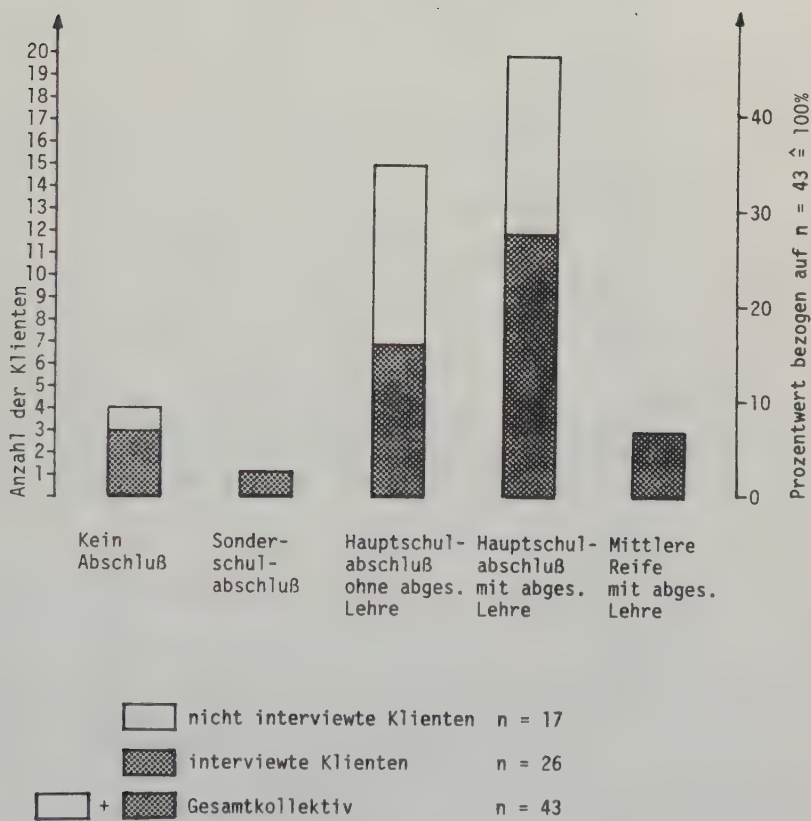


Abb.15: Schul- und Berufsausbildung bei Eintritt ins Therapiezentrum Bischofsried

Tab.1: Höchster Schultyp, der von den Jugendlichen für mindestens ein Jahr besucht wurde und Schulabschluß bzw. Berufsausbildung bei Eintritt in das Therapiezentrum Bischofsried

Ab- schluß \ Schul- typ	Gym- nasium	Real- schule	Haupt- schule	Sonder- schule	Summe waagrecht
Mittlere Reife mit abgeschlos- sener Lehre	2 2	1 1			3 3
Hauptschulab- schluß mit ab- geschl. Lehre	1 1 2	2 2	5 9 14		6 12 18
Hauptschulab- schluß ohne ab- geschl. Lehre	1 2 3	1 1	9 4 13		10 7 17
Sonder- schul- abschluß				1 1	1 1
kein Schul- abschluß	2 2	1 1	1 1		1 3 4
Summe senkrecht	2 7 9	5 5	15 13 28	1 1	17 26 43
	n i G	n i G	n i G	n i G	n i G

n = nicht interviewte Klienten

i = interviewte Klienten

G = Gesamtkollektiv

4.3.5 Familiensituation

Nur etwa 60% der Klienten sind in ihrer Kindheit überwiegend bei beiden Eltern aufgewachsen (Abb. 16). Als "überwiegend" galt ein Zeitraum von mindestens 6 Jahren innerhalb der ersten 12 Lebensjahre, Stief- oder Adoptiveltern wurden bei dieser Zählung den leiblichen Eltern gleichgestellt, wenn es sich um konstante Beziehungen handelte. Insgesamt 40% sind überwiegend entweder bei ihrer alleinstehenden Mutter, bei Großeltern, Verwandten, fremden Personen oder in Heimen aufgewachsen, das sind etwa 4 Mal so viele wie in einer Repräsentativerhebung bei bayerischen Jugendlichen (12). Bis zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit illegalen Drogen blieben nur gut die Hälfte der Eltern der Klienten mit ihren ursprünglichen Partnern verheiratet, in etwa 10% hatte die Mutter wieder geheiratet, in allen übrigen Fällen war die Familie unvollständig (Abb. 17). Die Klienten hatten im Durchschnitt etwas weniger Geschwister als ein vergleichbares repräsentatives Kollektiv (12), wozu vor allem die hohe Zahl der Einzelkinder beiträgt (Abb. 18). Bei der Stellung in der Geschwisterfolge (Abb. 19) waren die Erstgeborenen etwas schwächer vertreten als in einem Normalkollektiv (12).

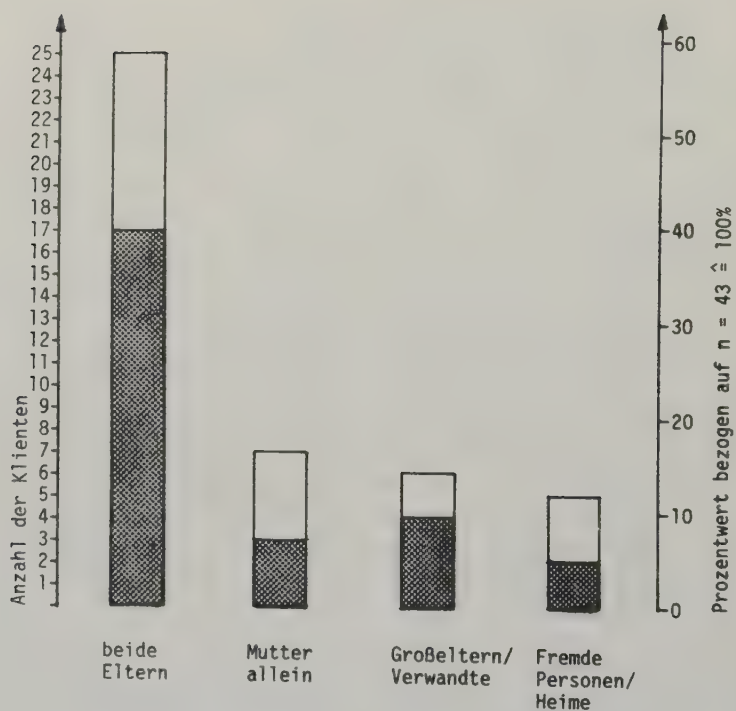


Abb.16: Personen, bei denen die Klienten in ihrer Kindheit überwiegend aufgewachsen sind

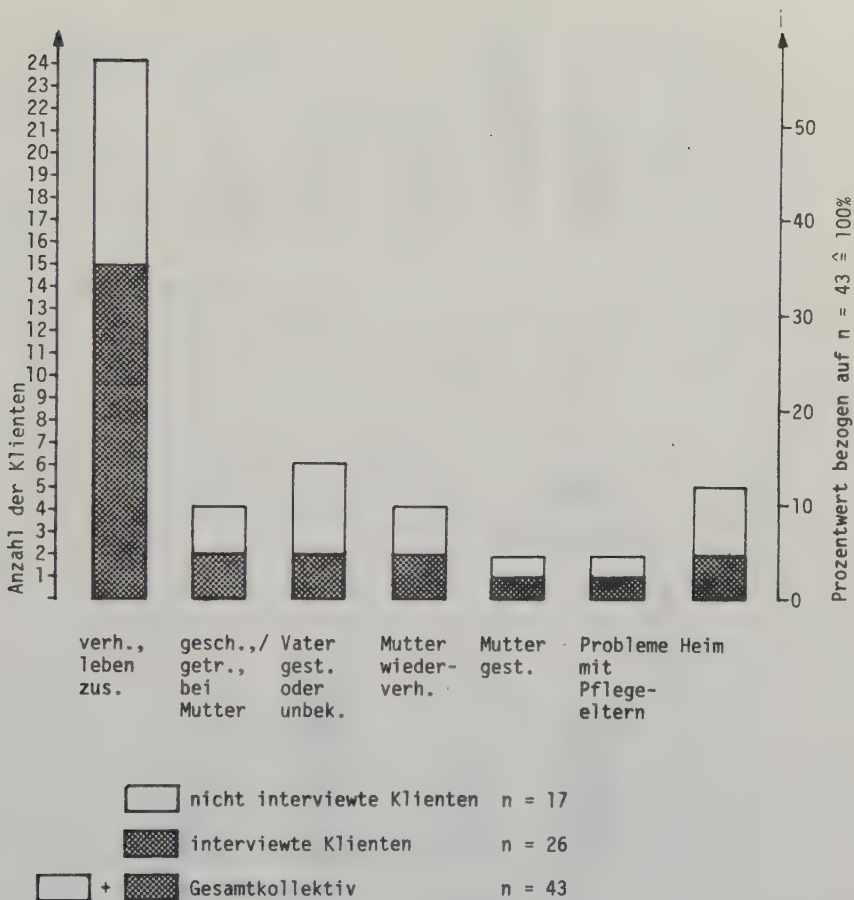


Abb.17: Familiensituation zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit illegalen Drogen, Verhältnis der Eltern zueinander (Mehrfachnennungen)



Abb. 18: Anzahl der Geschwister

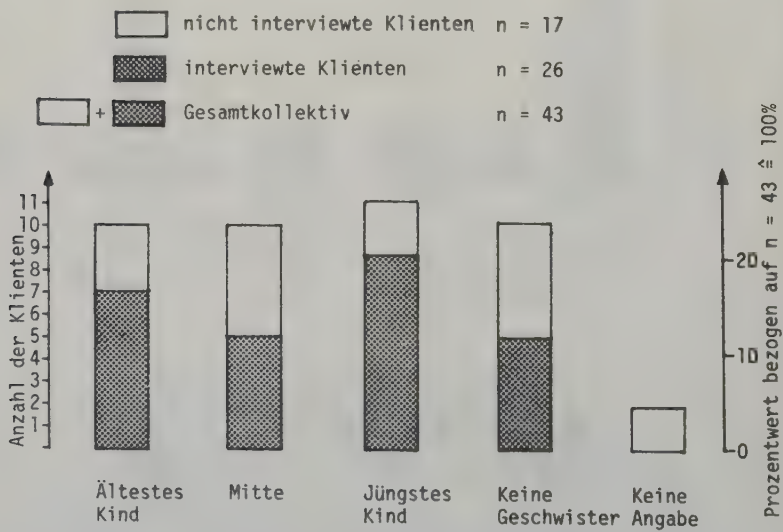


Abb.19: Stellung in der Geschwisterfolge

4.3.6 Zusammenfassung und Interpretation

Die jungen Männer und Frauen bilden nur hinsichtlich eines Merkmals, des Heroinmißbrauchs, eine homogene Gruppe (einzige Ausnahme siehe 4.2.3). Insbesondere beim Alter, bei der Therapiedauer und dem zeitlichen Ablauf der Drogenkarriere gab es erhebliche Unterschiede unter den Klienten. Trotz dieser Inhomogenität fielen sie - gegenüber einem Durchschnittsjugendlichen - deutlich auf, insbesondere durch häufige Gefängnisaufenthalte, schulischen und beruflichen Abstieg, was durch die Drogenabhängigkeit zumindest mitbedingt war. Die Klienten dieser Untersuchung sind meist in Großstädten aufgewachsen und entstammten allen sozialen Schichten, ohne daß die Bevorzugung einer Gesellschaftsschicht eindeutig nachweisbar wäre (siehe 4.3.4). Sie waren im Vergleich zu einem Normalkollektiv außerdem häufiger und stärker familiären Belastungen ausgesetzt. Es ist anzunehmen, daß der hohe Anteil der unvollständigen oder zerbrochenen Familien und der häufige Wechsel der Bezugspersonen bei vielen schon als Kind zur Störung der seelischen Entwicklung führte.

Das Gesamtkollektiv aller 43 Klienten, die bis zu einem Stichtag im Therapiezentrum Bischofsried aufgenommen wurden, enthält eine Teilgruppe von 26 interviewten Klienten. Diese beiden Gruppen ähneln sich weitgehend in der Verteilung der Einzelmerkmale, in einigen Bereichen gibt es jedoch trotz der geringen Fallzahl interpretierbare Unterschiede: die interviewte Teilgruppe machte intensivere, vielleicht auch positivere Erfahrungen mit dem Therapiezentrum, denn ihre Klienten blieben im Durchschnitt länger, erreichten häufiger die reguläre Entlassung und wechselten nach der Entlassung häufiger in ein Übergangswohnheim. In der interviewten Teilgruppe sind fast alle die Klienten vertreten, die überwiegend auf dem Land aufgewachsen sind, dagegen nur etwa die Hälfte der ehemaligen Stadtkinder. Trotzdem haben auch in diesem Teilkollektiv die ehemaligen Großstadtkinder den größten Anteil. Da fast alle ehemalige Gymnasiasten und Realschüler am Interview teilnahmen, aber nur knapp die Hälfte der Hauptschüler, stellt das interviewte Teilkollektiv vermutlich eine positive Auswahl

der intellektuell interessierten Klienten dar. Schließlich stammten die Nachuntersuchten seltener aus unvollständigen oder zerbrochenen Familien als die Klienten des Gesamtkollektivs.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß bis zum Zeitpunkt des Austritts aus dem Therapiezentrum Bischofsried die interviewte Teilgruppe einen etwa ebenso starken Drogenmißbrauch mit allen seinen Folgen betrieben hatte, wie das Gesamtkollektiv, daß die Gruppe der interviewten Klienten aber eine positive Auswahl für einige Merkmale mit möglicherweise günstiger Prognose darstellt.

4.4 Ergebnisse des Interviews

4.4.1 Rauschmittelmißbrauch

4.4.1.1 Zeitliche Änderung des Konsums von Drogen und Medikamenten

Die interviewten Klienten waren beim ersten Schuß durchschnittlich 17,7 Jahre alt (siehe Abb. 7). Auf die Frage "Warum hast du dich anfixen lassen?" gaben sie mit abnehmender Häufigkeit folgende Antworten:

- aus Neugierde
- wegen dem Rauscherlebnis
- allgemeine Unzufriedenheit/Depression
- meine Freunde machten es auch
- schaffte es nicht, so zu sein, wie ich wollte
- Probleme mit Eltern/Schule/Arbeit
- Langeweile
- Schwierigkeiten mit bisherigen Drogen
- ich wollte dazugehören, anerkannt werden
- andere Antworten

Bereits durchschnittlich acht Monate nach dem ersten Schuß fixten beinahe alle täglich oder fast täglich. Die meisten brauchten 1g Heroin am Tag verteilt auf mehrere Portionen, manche aber auch 4g und ein Klient angeblich bis zu 7g täglich! Nur 3 Klienten, darunter auch einer, der nie fixte aber excessive Dosen von Opiaten einnahm, hatten weniger als 200 Injektionen. Pro Woche wurden Drogen im Wert von durchschnittlich 1700,-- DM verbraucht. Nach der Therapie wurde im Durchschnitt von allen Befragten ein Zehntel davon für Drogen ausgegeben (170,-- DM pro Woche). 23 Probanden verbrauchten meist deutlich weniger oder gar keine Drogen. Im Durchschnitt gaben sie 45,-- DM pro Woche für Drogen aus, wenn man den gesamten Zeitraum nach der Therapie berücksich-

tigt ("Film") und nur 23,-- DM pro Woche zum Zeitpunkt des Interviews ("Momentaufnahme"). Drei Klienten hatten das Ausmaß ihres Drogenmißbrauchs beibehalten oder gesteigert, sie nahmen nach der Therapie Drogen für durchschnittlich 1100,-- DM pro Woche im Vergleich zu wöchentlich 670,-- DM vor der Therapie.

Als eine offene Frage nach dem subjektiven Grund der Drogeneinnahme vor und eventuell auch nach der Therapie gestellt wurde ("Was bringt dir das?"), kamen die Antworten zur Drogenzeit meist leicht und spontan, häufig wurden mehrere Gründe genannt. Dagegen fiel den Klienten die Antwort zur Zeit nach der Therapie offenbar schwerer, sie mußten oft lange nachdenken, nur selten wurden mehrere Gründe genannt (Abb. 20). Das Hauptmotiv der Drogeneinnahme vor der Therapie, stark positive Gefühle ("gutes feeling", "war das Größte", "ich war glücklich" usw.), ging nach der Therapie deutlich zurück, die Zahl der ablehnenden Antworten ("bringt nichts", "werde lethargisch", usw.) nahm stark zu (Abb. 20). Nur 4 Befragte nahmen nach der Therapie Drogen aus den gleichen Gründen wie vorher, bei 3 Klienten änderte sich das Motiv, eine positive Einstellung zu Drogen blieb aber erkennbar. 11 Probanden brachte die Drogeneinnahme nach der Therapie subjektiv deutlich weniger als vorher und 8 weitere bezogen die Frage nicht auf sich, da sie nach der Therapie keine illegalen Drogen genommen hatten. Die Änderung der Motivation zur Drogeneinnahme hängt auch mit dem Fortschreiten der Drogenkarriere zusammen, denn erfahrungsgemäß lassen die stark positiven Gefühle nach Injektionen von Heroin mit zunehmender Abhängigkeit nach.

Der starke Rückgang des Drogenkonsums auf ein Zehntel der früher verbrauchten Menge ist auch volkswirtschaftlich als Erfolg anzusehen, wenn man bedenkt, daß Süchtige täglich etwa 200,-- bis 300,-- DM für Drogen brauchen und damit zwangsläufig kriminell werden müssen (31). So beeindruckend diese Entwicklung auch ist, wird damit noch nichts über die Stabilität der jetzigen Situation gesagt.

4.4.1.2 Zeitliche Änderung des Alkoholkonsums

Der Anteil der Klienten, die mindestens gelegentlich alkoholhaltige Getränke konsumierten, lag in allen Zeiträumen etwa zwischen 70 und 80% (Abb. 21). Davon hatten vor der Drogenzeit über die Hälfte einen starken Alkoholkonsum. Als starker Alkoholkonsum galt die Überschreitung der "Zirrhosegrenze", die von verschiedenen Autoren (9, 14, 15, 38) mit 60g reinem Alkohol pro Tag für Männer und mit 20g pro Tag für Frauen angegeben wird, ferner mehrmaliges Auftreten von Alkoholvergiftungen oder Episoden mit exzessivem Konflikttrinken.

Der Anteil der Klienten mit starkem Alkoholkonsum ging nach der Therapie zurück, wie auch die pro Woche getrunkene Menge an Bier, Wein und Spirituosen (Abb. 22). 10 Klienten tranken nach der Therapie weniger als in der Drogenzeit, 6 von ihnen hatten den Alkohol mehr zusammen mit anderen Rauschmitteln oder bei Entzügen benützt. Mit der starken Reduzierung des Konsums anderer Rauschmittel ging bei ihnen auch der Alkoholkonsum zurück. Eine Gruppe von 8 Klienten behielt ihren meist minimalen Alkoholkonsum unverändert bei oder war schon immer alkoholabstinent. Es gab aber auch eine Gruppe von 8 Probanden, die nach der Therapie mehr tranken als in ihrer Drogenzeit. 5 von ihnen konsumierten vor der Drogenzeit regelmäßig Alkohol, ersetzten ihn später durch Drogen und kehrten nach der Therapie wieder weitgehend zu ihm zurück.

Alkohol wurde also bei einem Teil der Klienten zum meist kontrolliert angewandten Rauschmittel. Die insgesamt konsumierte Menge sank nach der Therapie auf weniger als die Hälfte der Menge, die in der Drogenzeit getrunken wurde und war gleichmäßiger im Kollektiv verteilt.

4.4.1.3 Situation nach der Therapie

Der Drogenkonsum nach Austritt aus dem Therapiezentrum zeigte fließende Übergänge von Abstinenz bis zur Konsumsteigerung. Betrachtet man den gesamten Zeitraum wie einen Film, so kristallisieren sich sechs Untergruppen heraus (Abb. 23):

Eine abstinente Untergruppe von 3 Klienten hatte keinerlei Rauschmittel eingenommen. Alle lebten noch in einem Übergangswohnheim und hatten das Therapiezentrum im Durchschnitt erst vor 3,0 Monaten verlassen.

Eine Untergruppe von 4 Klienten konsumierte nur selten Drogen oder Alkohol. Sie hatten höchstens einmal im Vierteljahr Haschisch geraucht und höchstens einmal im Monat stärkeren Alkoholkonsum gehabt. Harte Drogen oder Medikamente ohne Verordnung wurden nicht eingenommen. Die durchschnittliche Katamnesedauer betrug 11,8 Monate.

3 Klienten konsumierten ebenfalls höchstens selten (Kriterien siehe oben) Drogen oder Alkohol, hatten aber einen Rückfall mit Fixen von Heroin hinter sich, der bereits 6,15 und 22 Monate zurück lag. Ihre durchschnittliche Katamnesedauer war mit 19,8 Monaten relativ lang.

Die größte Untergruppe von 9 Klienten war auf gelegentlichen bis regelmäßigen Gebrauch von weniger harten Drogen oder von Alkohol oder auf nicht intravenöse Applikationsformen umgestiegen. Die konsumierten Rauschmittel in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit waren Haschisch, Alkohol, Mohntee, morphinhaltiger Hustensaft und das Schnupfen von Heroin. 3 Klienten dieser Untergruppe nahmen keine Drogen und hatten ausschließlich einen höheren Alkoholkonsum als in der Zeit vor der Therapie, 3 andere tranken mehr Alkohol als früher und nahmen außerdem auch Drogen, die letzten 3 tranken nicht mehr als früher, nahmen aber Drogen. Die durchschnittliche Katamnesedauer dieser 9 Klienten betrug 11,6 Monate.

Eine kleine Untergruppe von 2 Probanden hatte nach der Therapie gefixt, war nun aber auf den regelmäßigen Gebrauch von Drogen ohne intravenöse Applikation oder auf Medikamente und Alkohol umgestiegen. Ihre Katamnesedauer betrug durchschnittlich 14,6 Monate.

Schließlich gab es noch eine Untergruppe von 5 Probanden, die auch nach der Therapie regelmäßig fixten. Hierunter fanden sich hauptsächlich Klienten, bei denen die Heroinabhängigkeit zur Zeit des Therapieeintritts noch nicht so weit fortgeschritten und der Leidensdruck möglicherweise noch gering war. 4 dieser 5 Klienten

hatten die Therapie innerhalb der ersten zwei Wochen abgebrochen. So läßt sich auch die lange durchschnittliche Katamnesedauer von 17,8 Monaten erklären. Zum Zeitpunkt des Interviews waren zwei von ihnen inhaftiert, einer befand sich in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Eine Untersuchung an nur 26 Klienten läßt die Aufsplitterung in sechs Untergruppen nicht zu, es ist daher nötig, nur ganz grob zwischen drogenfreien und nicht drogenfreien Klienten zu unterscheiden. GOELZ (10) definiert den Begriff "Drogenfreiheit" mit Hilfe der Frequenz der Drogeneinnahme, die er bei einer "Momentaufnahme" zum Zeitpunkt des Interviews fand:

Als drogenfrei gilt ein Nachuntersucher dann, wenn er die nachfolgend aufgeführten Konsummerkmale nicht überschreitet:

- a) pro Vierteljahr höchstens einmaliger Gebrauch eines der folgenden Rauschmittel: Cannabis, Halluzinogene, Opiate, Kokain, Amphetamine;
- b) pro Monat höchstens 2 bis 3maliger stärkerer Alkoholkonsum;
- c) höchstens gelegentliche Einnahme von Analgetika, Hypnotika und Tranquilizern aus nicht medizinischer Indikation.

Nach seiner Definition sind in dem hier untersuchten Kollektiv 12 von 26 Klienten (46%) als zur Zeit drogenfrei zu bezeichnen, darunter fand sich aber keiner, der weiterhin gelegentlich fixte. Beim Vergleich dieses Ergebnisses mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen ist zu berücksichtigen, daß die Klienten ohne Vorauswahl zum Interview herangezogen wurden, auch wenn sie das Therapiezentrum bereits nach wenigen Tagen verlassen hatten.

Von den 12 regulär Entlassenen (mit oder ohne Aufenthalt im Übergangswohnheim) unter den interviewten Klienten waren 7 (58%) zum Zeitpunkt des Interviews drogenfrei, von den 14 vorzeitig Entlassenen (Therapieabbrecher, Entwichene, disziplinarisch Entlassene) dagegen nur 5 (36%). So plausibel das Ergebnis dieser Differenzierung auch ausfällt, so hat es doch, bezogen auf das hier interviewte Kollektiv, nur wenig Aussagekraft, weil wegen der geringen Fallzahl schon der Wechsel eines einzigen Klienten

aus der Untergruppe der Drogenfreien in die der nicht Drogenfreien den prozentualen Anteil der erreichten Drogenfreiheit in beiden Untergruppen erheblich verändert. Die obige Differenzierung zwischen regulär und vorzeitig Entlassenen behält ihre Berechtigung allein dadurch, daß sie Zahlen für eine später durchzuführende zusammenfassende Studie an mehreren vergleichbaren Kollektiven zur Verfügung stellt.

Hier wird deutlich, daß der Schwerpunkt dieser Arbeit allein schon wegen der zu geringen Fallzahl nicht auf die Therapieforschung gelegt werden konnte. Die Faktoren, die Drogenkonsum und Rückfälligkeit beeinflussen, sind so zahlreich, daß zu ihrer Untersuchung eine Aufsplitterung in viele weitere Untergruppen nötig wäre. In den folgenden Abschnitten - 4.4.2 bis 4.4.6 und 4.4.8 - werden daher solche Themata in den Mittelpunkt dieser Arbeit gestellt, die auch ohne eine Bildung von Untergruppen sinnvoll untersucht werden können.

Im Gesamtkollektiv aller 43 Klienten konnten 17 nicht interviewt werden. Die konservativste und sicherste Schätzung wäre, diese 17 Klienten als Mißerfolge einzubeziehen. Die übliche Schätzung dagegen geht davon aus, daß bei den 17 nicht Interviewten Erfolg und Mißerfolg genauso verteilt ist, wie bei den Interviewten. Der wahre Wert liegt mit großer Wahrscheinlichkeit zwischen den beiden Berechnungsformen, da nicht zu erwarten ist, daß der Anteil der Drogenfreien unter den nicht Interviewten noch größer ist. Er liegt in dieser Untersuchung zwischen 28% und 46% Drogenfreiheit im Gesamtkollektiv.

Nach Austritt aus dem Therapiezentrum Bischofsried begab sich nur einer der Nachuntersuchten nochmals in die stationäre Langzeittherapie einer speziellen Einrichtung für Drogenabhängige. Viele Klienten blieben noch lange in Kontakt mit dem Therapiezentrum oder ihrem Einzeltherapeuten. Von allen 43 Klienten konnten 8 in ein Übergangswohnheim aufgenommen werden, 6 von ihnen wurden interviewt.

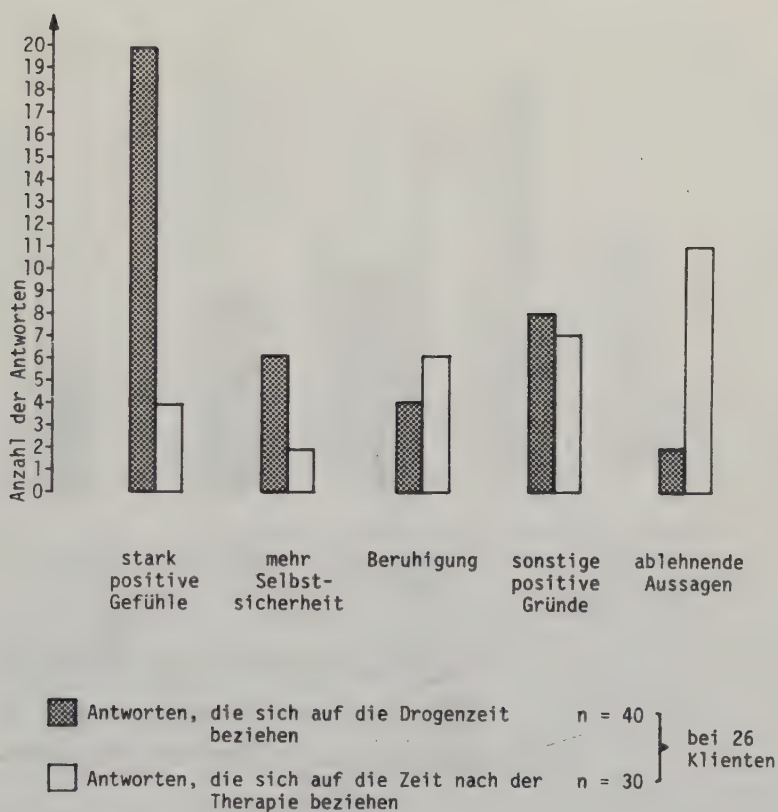


Abb.20: Subjektive Gründe der Drogeneinnahme vor und nach der Therapie (offene Frage: "Was bringt dir das?") (Mehrfachantworten)

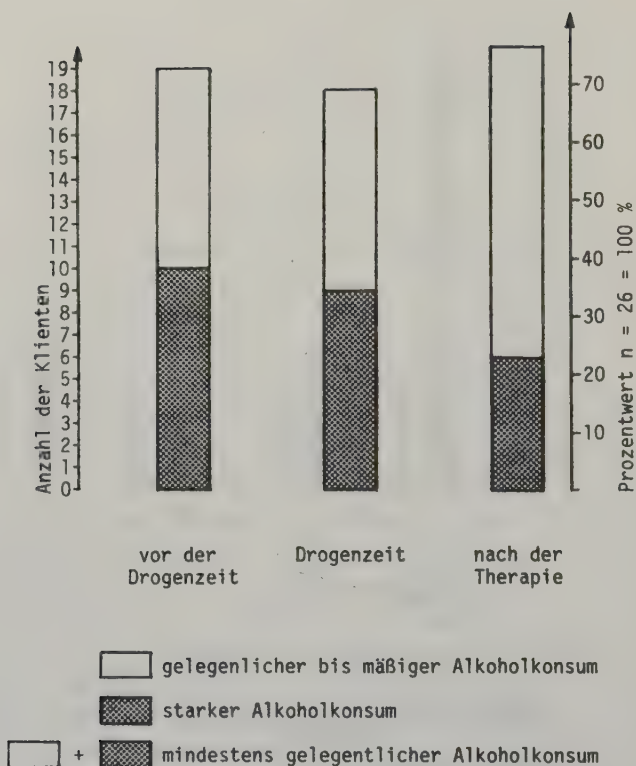
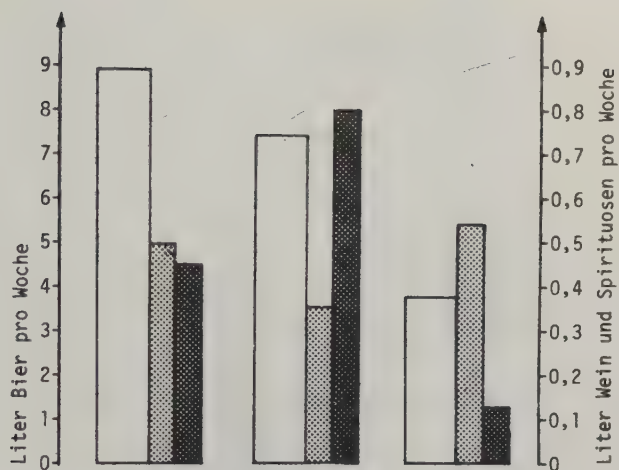


Abb.21: Alkoholkonsum in verschiedenen Zeiträumen



	vor der Drogenzeit	Drogenzeit	nach der Therapie
reiner Alkohol pro Woche	525 ml	662 ml	273 ml
Anzahl der Alkohol trinkenden Klienten	19	18	20

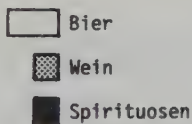


Abb.22: Wöchentlicher pro-Kopf-Verbrauch an Bier, Wein und Spirituosen der Alkohol trinkenden Klienten, Menge an reinem Alkohol und Vergleich verschiedener Zeiträume

Frequenz der Drogeneinnahme ("Momentaufnahme") zum Zeitpunkt des Interviews		Anzahl der Klienten	Dauer der Katamnesen (Monate)	Drogenkonsum im Zeitraum nach der Therapie ("Film")
12 zum Zeitpunkt des Interviews drogenfrei nach GOELZ (4)		3	3,0	völlige Abstinenz
		4	11,8	≤ 5-malige Drogeneinnahme, kein vermehrter Alkoholkonsum, nie gefixt
		3	19,8	≤ 5-malige Drogeneinnahme, k.v.Ak., nach Heroinrückfall
14 zum Zeitpunkt des Interviews nicht drogenfrei		9	11,6	gelegentlich weiche Drogen und /oder relativ zur Drogenzeit vermehrter Alkoholkonsum, nie gefixt
		2	14,6	nach Heroinrückfall öfter weiche Drogen
		5	17,8	fixt regelmäßig weiter

Abb.23: Drogen und Alkohol, Situation nach der Therapie (Erläuterungen siehe Text)

4.4.2 Arbeitsbereich

Vor der Drogenzeit lebten ca. 40% der Klienten zumindest teilweise von der eigenen Arbeit, in der Drogenzeit waren es ca. 80%. Es wurde jedoch meist nur sporadisch gearbeitet, und fast alle Klienten waren materiell von den Eltern/Elternteil abhängig (Abb. 24). Die finanzielle Unselbständigkeit in der Drogenzeit ist nur teilweise durch das jugendliche Alter bedingt, besonders aber durch die Notwendigkeit, alle verfügbaren Geldquellen anzuzapfen, um sich Drogen zu beschaffen. Fast alle Befragten gaben den Erwerb von illegalem Geld an (Abb. 24), der den größten Teil der Einnahmen ausgemacht haben dürfte. Die Drogen wurden ferner mit Schulden bei Kreditinstituten oder den Verkauf von Gebrauchs- und Wertgegenständen finanziert, die oft auch den Familienmitgliedern gehörten.

Nach der Therapie wurden erwartungsgemäß deutlich weniger Geldquellen benötigt, insbesondere wurden weniger Schulden und Verkäufe gemacht und weniger illegales Geld erworben (Abb. 24), allerdings war auch der Beobachtungszeitraum kleiner (siehe 4.4.5). In diesem Zeitraum nahmen zwar etwas mehr Klienten irgendwann einmal Sozialgelder in Anspruch, doch waren auch doppelt so viele wie in der Drogenzeit zumindest zeitweise fest angestellt.

Ein Vergleich zwischen Drogenzeit und Zeit nach der Therapie bezüglich der Motivation zur ausgeübten beruflichen Tätigkeit, Ausbildung oder Schule (Abb. 25) zeigt schon in der Anzahl der Antworten, daß die Klienten nach der Therapie mehr Gefallen an ihrer Tätigkeit fanden: sie konnten sich besser mit ihrer Arbeit identifizieren, für manche wurde die regelmäßige Arbeit eine wichtige Stütze für ein "geregeltes Leben ohne Drogen", den Zukunftsaspekten (Aufstiegsmöglichkeiten, sicherer Posten) wurde mehr Beachtung geschenkt. Nach der Therapie verstanden sich mehr Klienten gut mit Chefs und Kollegen, es gab weniger Schwierigkeiten oder Streit in der Arbeit (Abb. 26). Früher waren die Gründe dieser Schwierigkeiten meist Arbeit unter Drogen- oder Alkoholeinfluß mit entsprechend schlechten Ergebnissen. Nach der Thera-

pie wurden von den Klienten verschiedene Gründe angegeben, am häufigsten Diskriminierung wegen ihrer Vergangenheit oder Andersartigkeit, es wurde nun manchem übelgenommen, daß er nicht mit den Kollegen trinken wollte. Die insgesamt positiven Veränderungen im Berufsleben drückten sich auch im Grad der Zufriedenheit mit der Arbeit aus. Von 26 Befragten waren 16 mit ihrer Tätigkeit zufriedener als in der Drogenzeit, je 5 unverändert oder weniger zufrieden. Als Traumberuf gaben 6 Klienten, darunter 3 Frauen, therapeutische oder soziale Berufe an, 5 hätten am liebsten eine künstlerische kreative Tätigkeit, 3 Sport als Beruf, je 2 würden gerne Fernfahrer werden oder im Büro arbeiten. Sonstige Berufe wurden von 4 Klienten genannt und für weitere 4 gab es keinen Traumberuf.

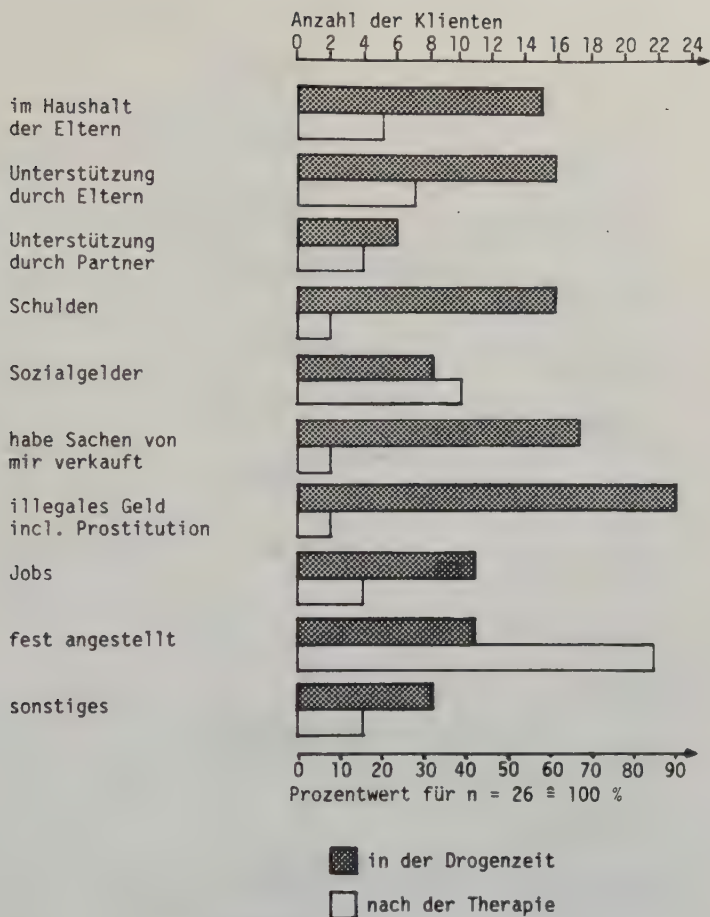


Abb.24: Wovon lebst du?

(Mehrfachnennungen bei vorgegebenen Antworten und Möglichkeit zu freien Antworten)

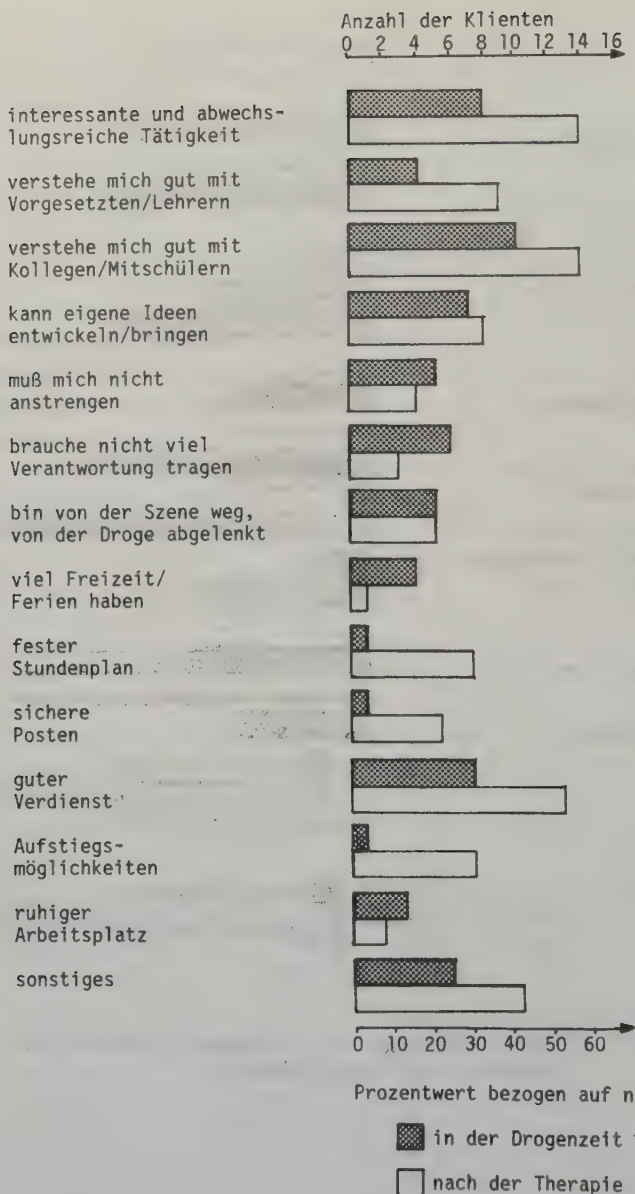


Abb.25: Was gefällt dir an deiner Arbeit/Schule/Lehre?
(Mehrfachnennungen bei vorgegebenen Antworten
und Möglichkeit zu freien Antworten)

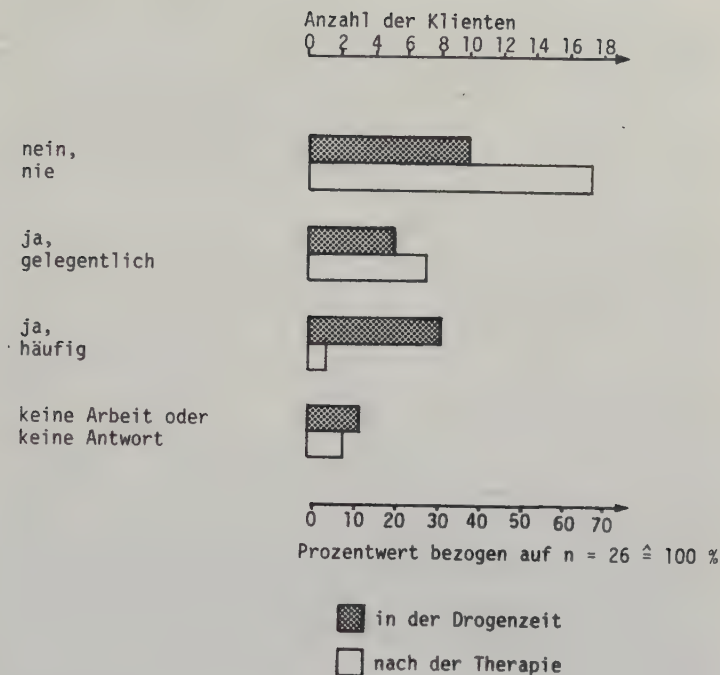


Abb.26: Hast du in deiner Arbeit/Schule/Lehre häufig Schwierigkeiten oder Streit mit den Leuten, mit denen du zusammenarbeitest?

4.4.3 Freundeskreis

Die auf den Freundeskreis bezogenen Fragen waren nicht leicht auszuwerten, das lag vor allem an der individuell unterschiedlichen Verwendung des Begriffes "Freund". In dieser Untersuchung wurde durch zwei Fragen zwischen engerem und weiterem Freundeskreis unterschieden, ohne den Begriff jedoch genau zu definieren:

1. Wie viele Freunde / Freundinnen hast du eigentlich?
2. Mit wie vielen Freunden / Freundinnen kannst du deine persönlichen Probleme besprechen?

Vor allem für die Drogenzeit kamen auf die erste Frage häufig schwer auswertbare Antworten, z.B. "tausend" oder "die ganze Szene", aber auch "ein Fixer hat keine Freunde" oder "Freunde, die gibt es lange nicht mehr". Es wurde klar, daß die Antworten auf die erste Frage trotz der Unterscheidung zwischen engerem und weiterem Freundeskreis nicht nur von der Anzahl der sozialen Kontakte, sondern vor allem davon abhingen, was jeder Einzelne zum Zeitpunkt des Interviews unter einem "Freund" verstand. 16 Klienten bezeichneten nach der Therapie meist deutlich weniger Menschen als ihre Freunde als in der Drogenzeit, bei 6 fanden sich keine großen Unterschiede und für 4 gab es nach der Therapie mehr Freunde. Ferner gaben 2 Probanden an, in der Kindheit keine Freunde gehabt zu haben, je 4 waren in der Drogenzeit und nach der Therapie ohne Freunde.

Die Nachuntersuchten schätzten die Anteile von Fixern, anderen Drogenkonsumenten und nicht-Konsumenten in ihrem weiteren Freundeskreis folgendermaßen (Abb. 27):

Vor der Drogenzeit überwogen klar die nicht-Konsumenten. Während der Drogenzeit waren weitaus die meisten der "Freunde" ebenfalls Fixer, die sehr zahlreichen oberflächlichen Kontakte dienten fast ausschließlich dem Zweck der Drogenbeschaffung. Nach der Therapie sank der Anteil der Fixer im weiteren Freundeskreis, der Anteil der Konsumenten weicher Drogen stieg und war fast so hoch wie der Anteil der nicht-Konsumenten. Diese Veränderung entstand hauptsächlich durch das Ausscheiden der Fixer aus dem Freundeskreis und durch den Eintritt von neuen drogenfreien Bekannten. Die

Konsumenten weicher Drogen haben sich nur anteilmäßig erhöht, sind absolut aber eher weniger geworden, weil die Inflation des Begriffes "Freund" nach der Therapie zurückging und die Zahl der als "Freunde" bezeichneten Menschen wesentlich kleiner wurde.

Auf die zweite Frage (Mit wievielen Freunden/Freundinnen kannst du deine persönlichen Probleme besprechen?) war die Auswertung von Zahlenangaben wegen der klaren Fragestellung im Gegensatz zur ersten Frage sinnvoll. Die durchschnittliche Anzahl der engen Freunde änderte sich nur wenig und war nach der Therapie mit 3 Freunden am größten (Abb. 28). 14 Klienten hatten nach der Therapie mehr Freunde, mit denen sie ihre persönlichen Probleme besprechen konnten, als in der Drogenzeit, 5 genauso viele und 7 weniger. Im engeren Freundeskreis war der Anteil der Drogenfreien zu allen Zeiten wesentlich höher, als im weiteren Freundeskreis (Abb. 27 und 28).

Unter den "Freunden, mit denen man seine persönlichen Probleme besprechen kann", waren bei einigen Klienten auch Partner, mit denen sie eine feste Beziehung und meist auch sexuelle Kontakte hatten. Auf diese zweifellos sehr wichtigen Lebensbereiche wird in dieser Arbeit inhaltlich nicht eingegangen, da sie Gegenstand einer eigenen, sehr differenzierten Untersuchung von meiner Kollegin (34) sind. Im Abschnitt 4.4.7 wird aber der Versuch gemacht, die Bedeutung von Partnerschaft und Sexualität im Leben der Nachuntersuchten abzuschätzen.

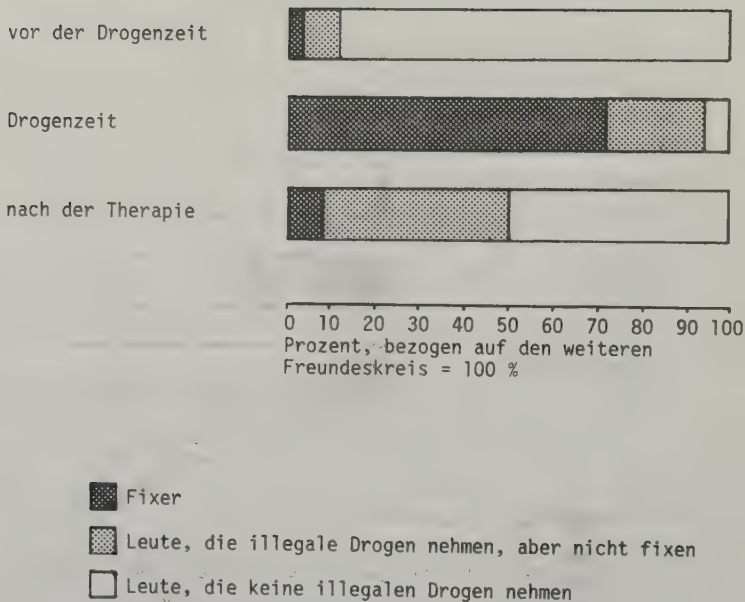


Abb.27: Anteil der Konsumenten illegaler Drogen im weiteren Freundeskreis der interviewten Klienten (n = 26) in verschiedenen Zeitabschnitten

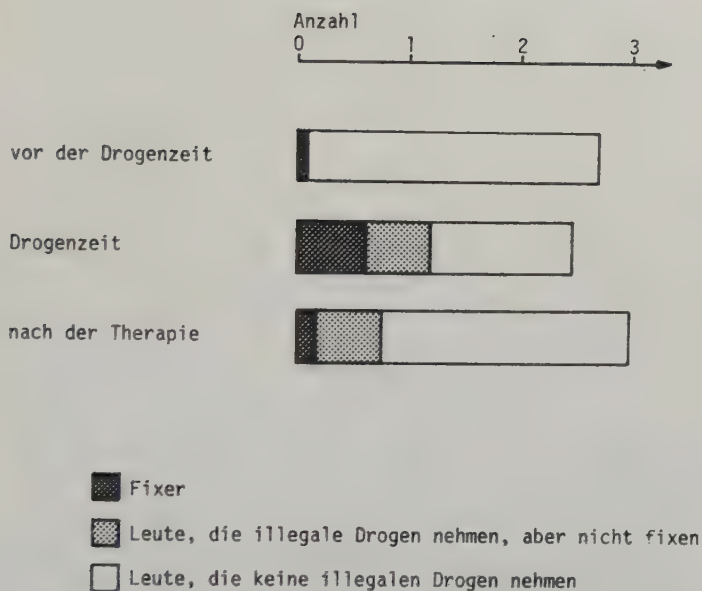


Abb.28: Durchschnittliche Anzahl und Drogenverhalten der Freunde, mit denen die interviewten Klienten ($n = 26$) persönliche Probleme besprechen konnten, in verschiedenen Zeitabschnitten

4.4.4 Freizeit

Die Frage nach dem Freizeitverhalten enthielt vorgegebene Antworten und die Möglichkeit zu freien Äußerungen. Sie sollte jeweils für die Zeiträume nach der Therapie, die Drogenzeit und die Zeit davor beantwortet werden, um Änderungen des Freizeitverhaltens zu erfassen. Bei den 3 Klienten, die sich zur Zeit des Interviews in geschlossenen Anstalten befanden, bezogen sich die gestellten Fragen auf den in Freiheit verbrachten Zeitraum nach der Therapie. Ein Großteil der Antworten konnte mit den Antworten eines repräsentativen Kollektivs bayerischer Jugendlicher (12) verglichen werden (Abb. 29 bis Abb. 45). Es wurde absichtlich nicht die neueste Repräsentativerhebung aus der INFRATEST-Reihe zum Vergleich herangezogen, um eine möglichst große Ähnlichkeit der Geburtsjahrgänge zwischen beiden Kollektiven zu erreichen und damit einen Störfaktor des Vergleichs gering zu halten. Die Angaben des repräsentativen Kollektivs wurden wegen der besseren Vergleichbarkeit entsprechend der Geschlechtsverteilung unserer interviewten Klienten korrigiert. Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen jedoch noch folgende Überlegungen berücksichtigt werden:

- a) Die Frage nach alltäglichen Verhaltensweisen in lange zurückliegenden Zeiträumen läßt eine Einschränkung und subjektive Verzerrung des Erinnerungsvermögens erwarten.
- b) Es fiel auf, daß unsere Klienten in allen drei Zeiträumen die vorgegebenen Verhaltensweisen in der Freizeit häufiger zeigten, als das repräsentative Kollektiv. Eine von mehreren Möglichkeiten zur Erklärung dieses Unterschiedes wäre die Verwendung von verschiedenen Interviewtechniken in den beiden Untersuchungen.
- c) Die Altersverteilung der interviewten Klienten stimmt mit dem repräsentativen Kollektiv (Alter von 12 bis 24 Jahren, im Durchschnitt 17,9 Jahre) am besten im Zeitraum der Drogenzeit überein (Alter der Klienten während ihrer Drogenzeit von 13 bis 28 Jahren, im Durchschnitt 18,9 Jahre), nicht so gut im Zeitraum vor der Drogenzeit (obere Altersgrenze der Klienten

13 bis 19 Jahre, im Durchschnitt 15,4 Jahre) und am schlechtesten im Zeitraum nach der Therapie (Alter der Klienten 18 bis 29 Jahre, im Durchschnitt 23,1 Jahre).

- d) Die Repräsentativerhebung der Jugendlichen in Bayern (12) wurde im Frühjahr 1976 geführt. Zu dieser Zeit nahmen die meisten Klienten unserer Untersuchung bereits illegale Drogen. Eine Verfälschung des Vergleichs auf Grund von kurzlebigen Modeerscheinungen in der Freizeitgestaltung ist also für die Drogenzeit kaum gegeben, möglicherweise aber für die anderen Zeiträume.

Die Konsequenz dieser Überlegungen war, daß zur Interpretation der Untersuchungsergebnisse, insbesondere beim Vergleich von Angaben aus der Zeit nach der Therapie oder vor der Drogenzeit mit Angaben des repräsentativen Kollektivs, nur sehr große Häufigkeitsunterschiede herangezogen wurden. Der Vergleich zwischen Drogenzeit und Zeit nach der Therapie war mit weniger Störgrößen belastet und dadurch leichter interpretierbar.

Die interviewten Klienten gingen im Vergleich zum repräsentativen Kollektiv in allen Zeiträumen häufiger ins Kino, hörten häufiger Musik und gaben häufiger an, nichts zu tun und "rumzuhängen". Vor der Drogenzeit trieben sie auch häufiger Sport als die Jugendlichen des repräsentativen Kollektivs, trafen sich öfters mit Freunden, waren öfter kreativ tätig (Musik machen/ malen/ zeichnen), sahen öfter fern und machten häufiger Spaziergänge zu Fuß oder mit dem Fahrrad.

In der Drogenzeit verminderte sich die aktive Freizeitgestaltung deutlich, die Beschaffung von Drogen nahm erwartungsgemäß den größten Teil der Freizeit ein. Nur noch 2 Klienten trieben gelegentlich Sport. Im Vergleich zum repräsentativen Kollektiv legten sie sich in ihrer Freizeit viel häufiger schlafen, sie gingen öfter aus (essen gehen/ in die Kneipe gehen/ "einen heben"), lasen aber auch öfter die Zeitung oder ein gutes Buch.

Auch nach der Therapie wurde deutlich mehr Zeitung gelesen und ausgegangen als im repräsentativen Kollektiv. Die Klienten gingen häufiger spazieren, trieben aber immer noch weniger Sport als ein Durchschnittsjugendlicher.

Ein Vergleich zwischen Drogenzeit und Zeit nach der Therapie zeigt einen deutlichen Anstieg der vorher so vernachlässigten aktiven Freizeitgestaltung wie Musik machen/ malen/ zeichnen, handwerken/ Kleider nähen/ handarbeiten und spazieren gehen/ Rad fahren. Einige Beschäftigungen, die in der Drogenzeit nicht aufgegeben wurden, besonders das Lesen von Zeitungen und Büchern wurde nach der Therapie noch verstärkt. Schließlich wurde der Hausarbeit mehr Zeit gewidmet und die Rolle des Gastgebers (gutes Essen kochen/ andere Leute einladen) wurde häufiger angenommen und für manche Klienten zu einem neuen, wichtigen Bereich ihrer Freizeit.

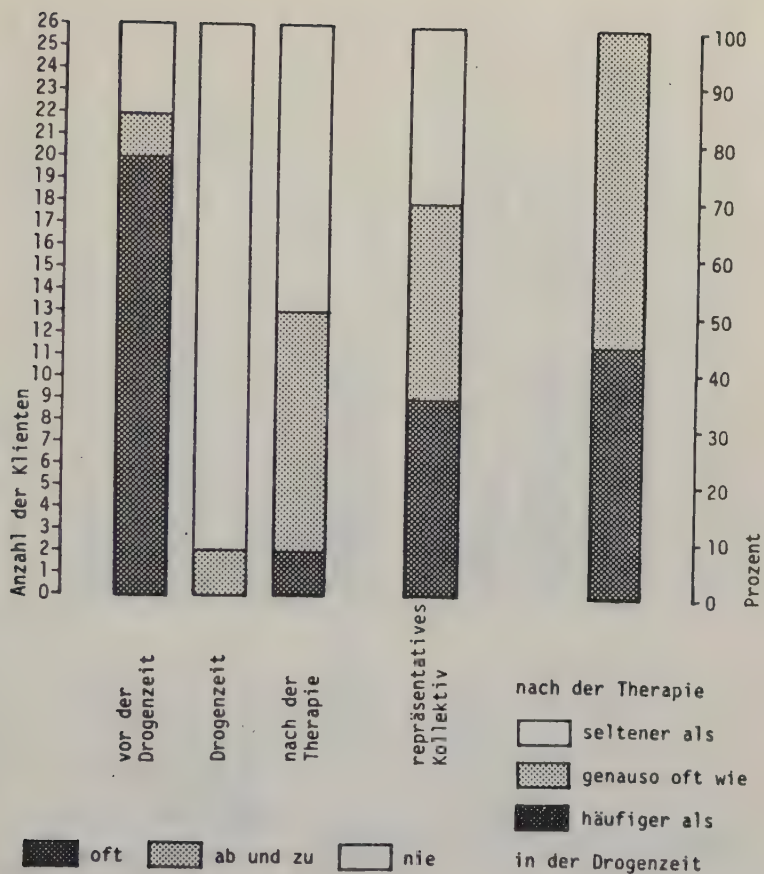


Abb.29: Wie oft treibst du Sport?

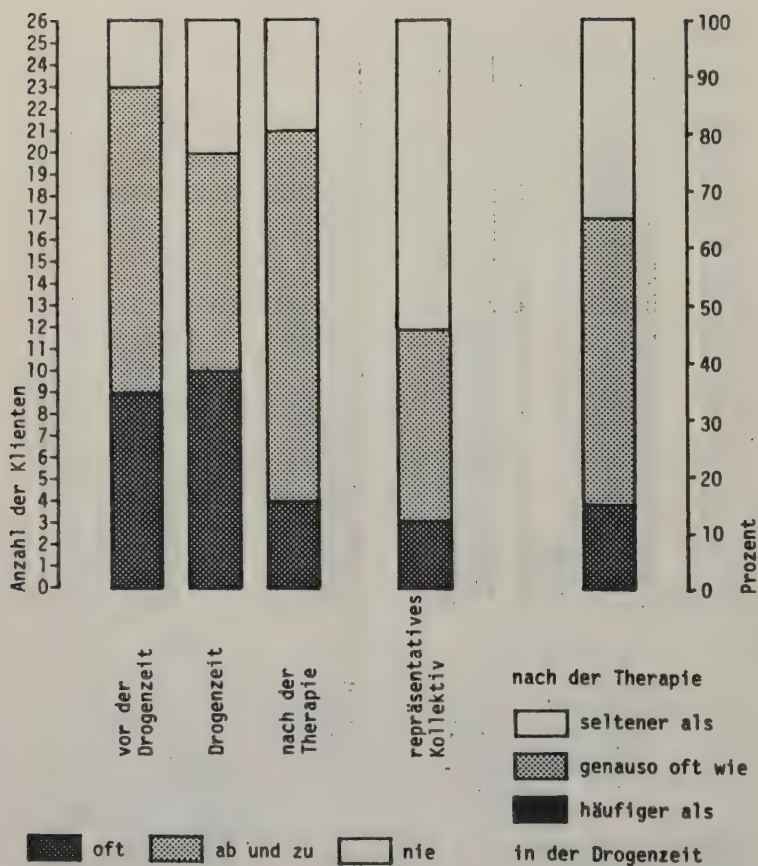


Abb.30: Wie oft gehst du ins Kino/Theater/Konzert?

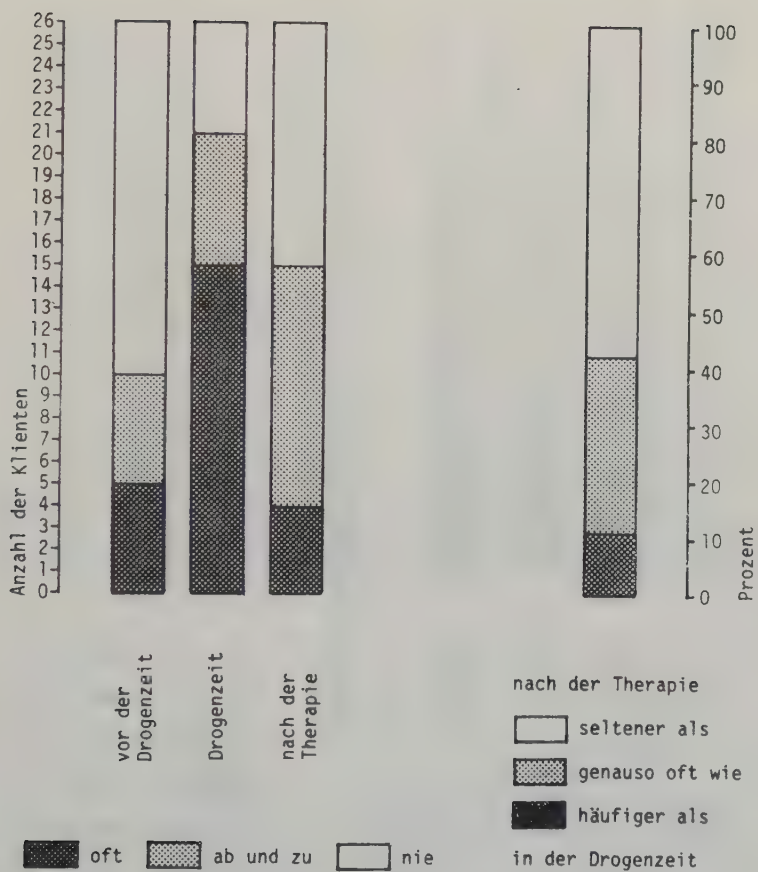


Abb.31: Wie oft gehst du in die Diskothek?

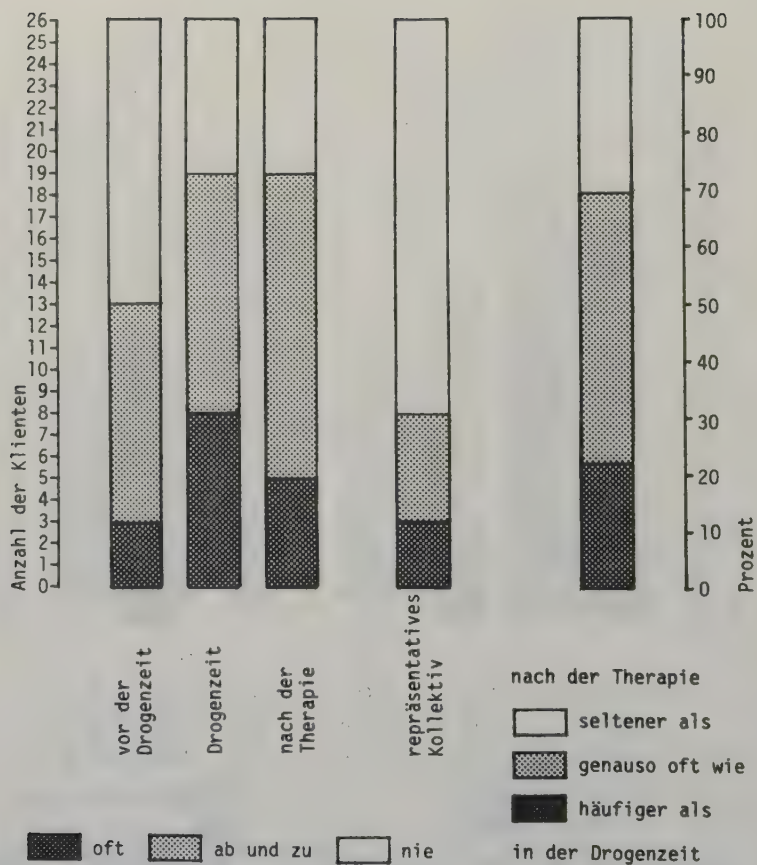


Abb.32: Wie oft gehst du Essen/in die Kneipe/"einen heben"?

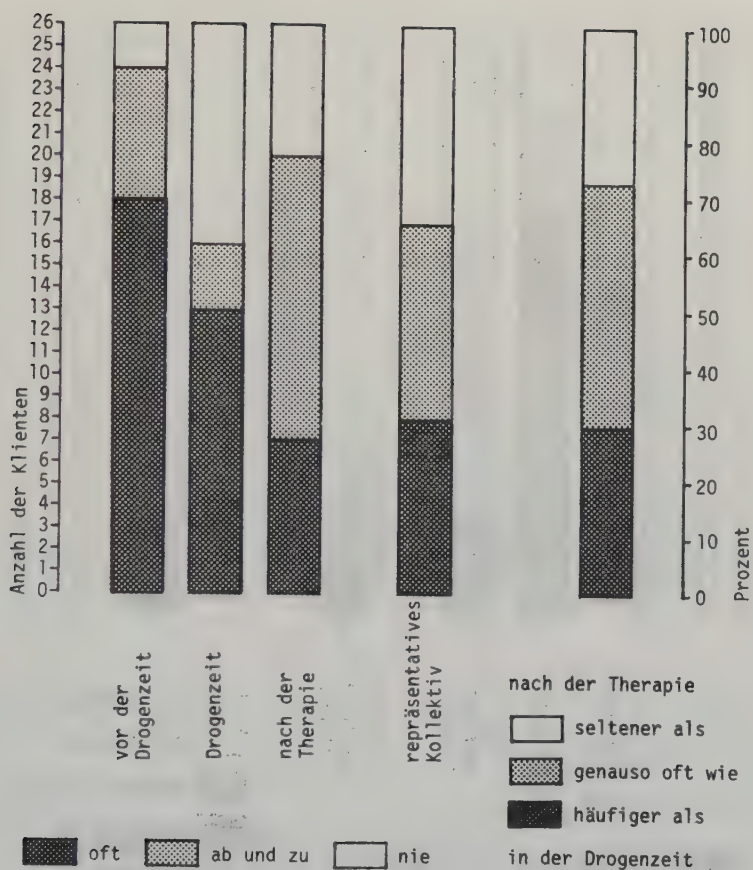


Abb.33: Wie oft triffst du dich in deiner Freizeit mit Freunden?

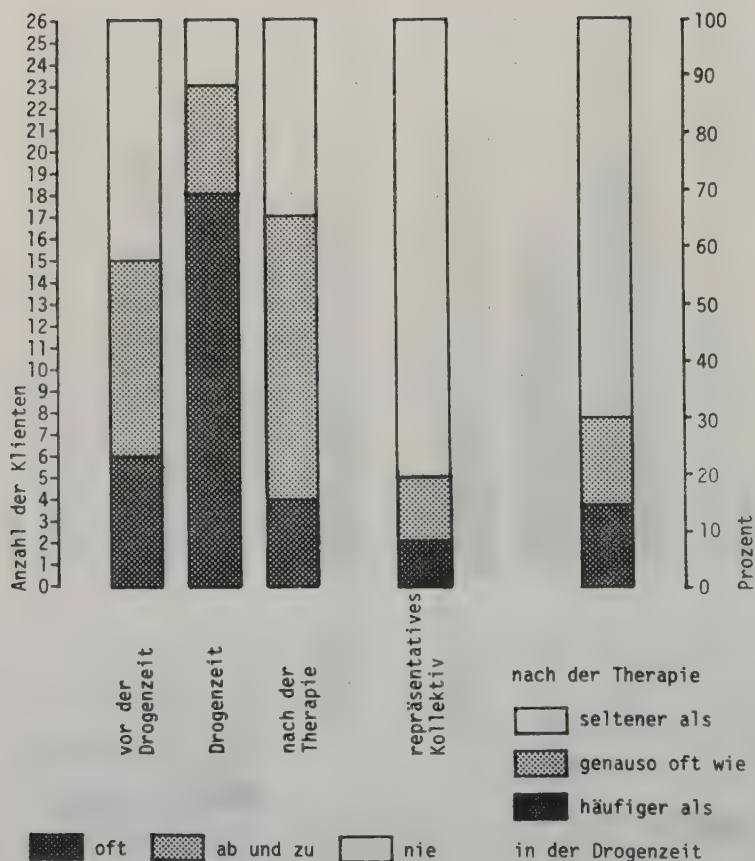


Abb.34: Nichts tun/"rumhängen" in der Freizeit

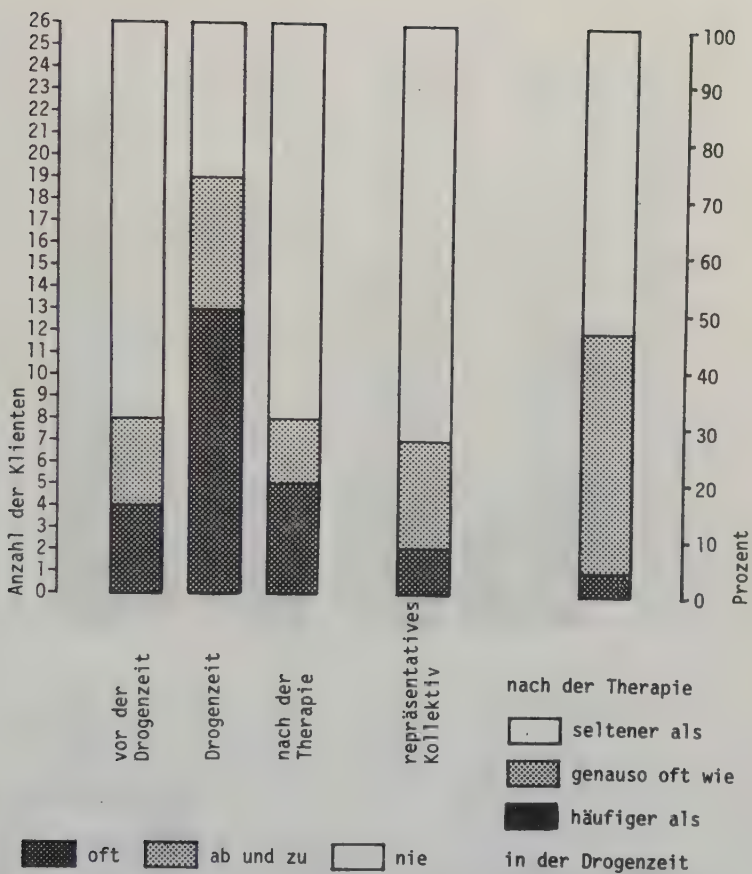


Abb.35: Schlafen in der Freizeit

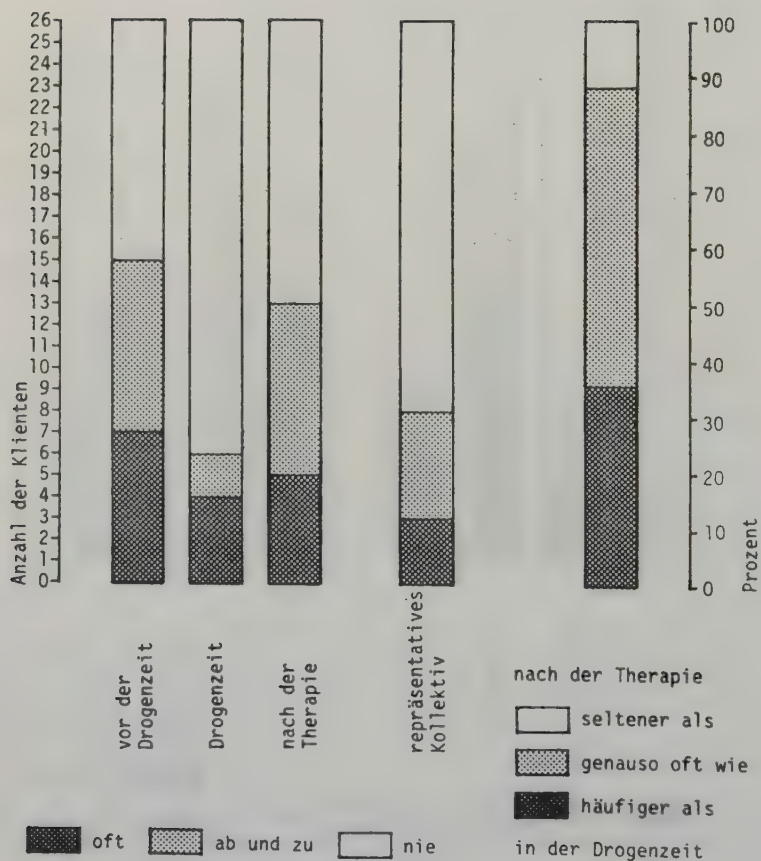


Abb.36: Musik machen/malen/zeichnen in der Freizeit

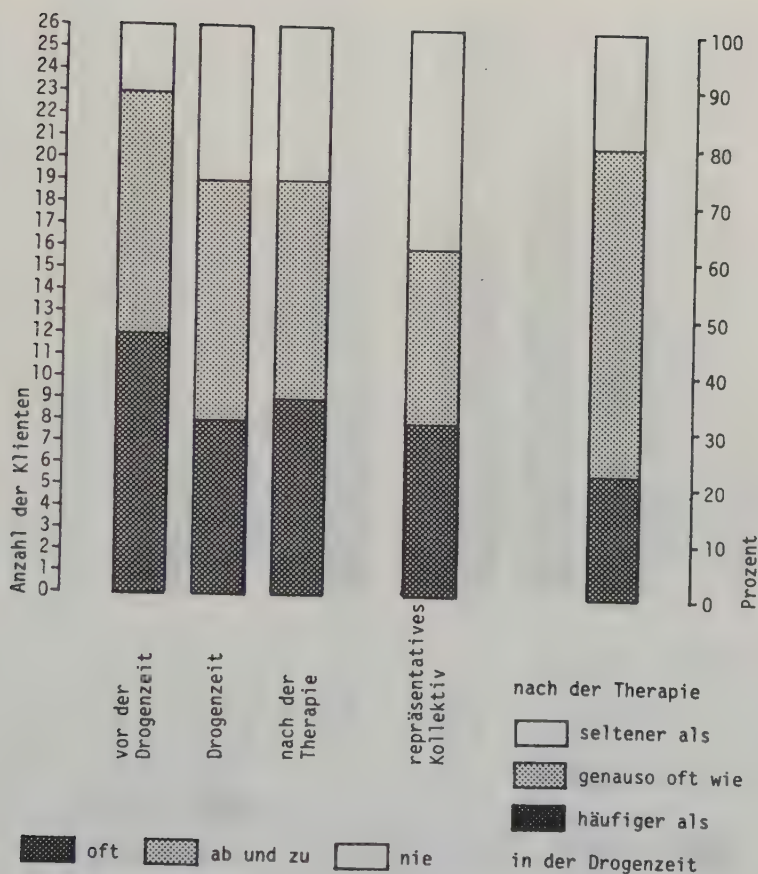


Abb.37: Fernsehen in der Freizeit

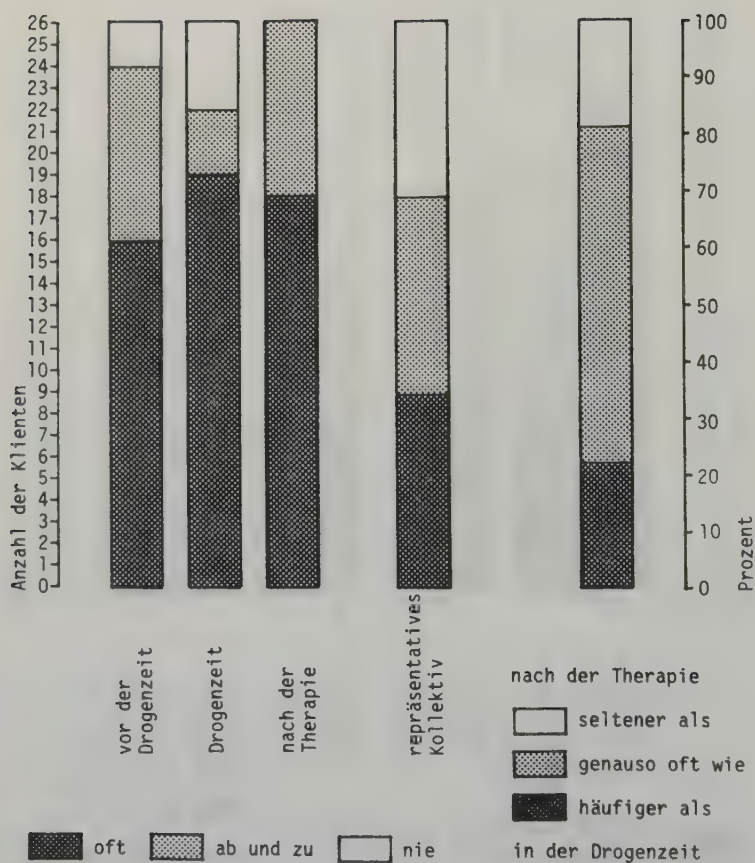


Abb.38: Musik hören in der Freizeit

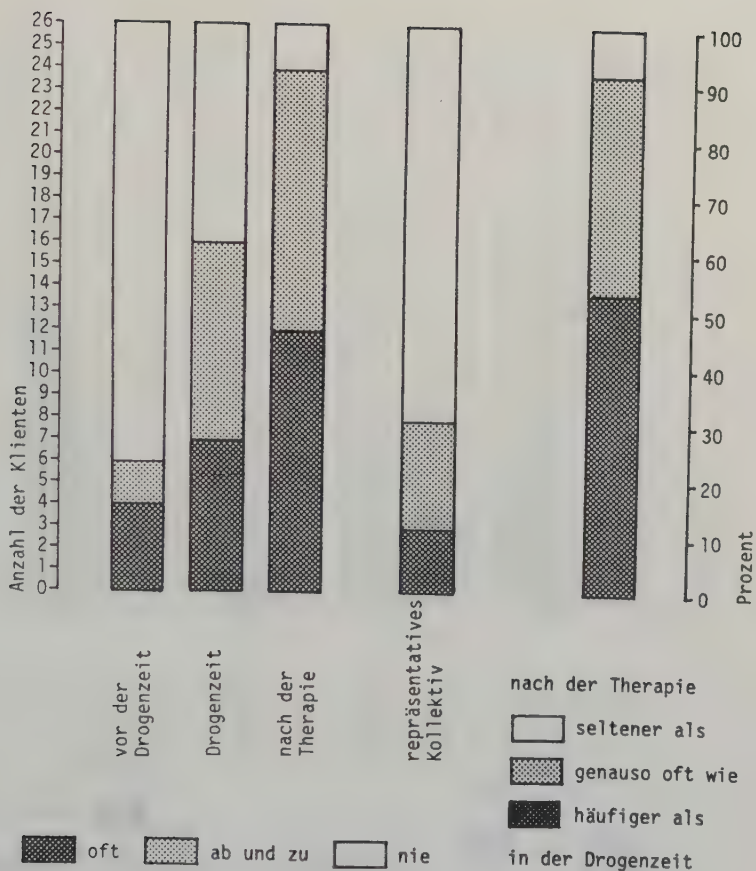


Abb.39: Zeitung lesen in der Freizeit

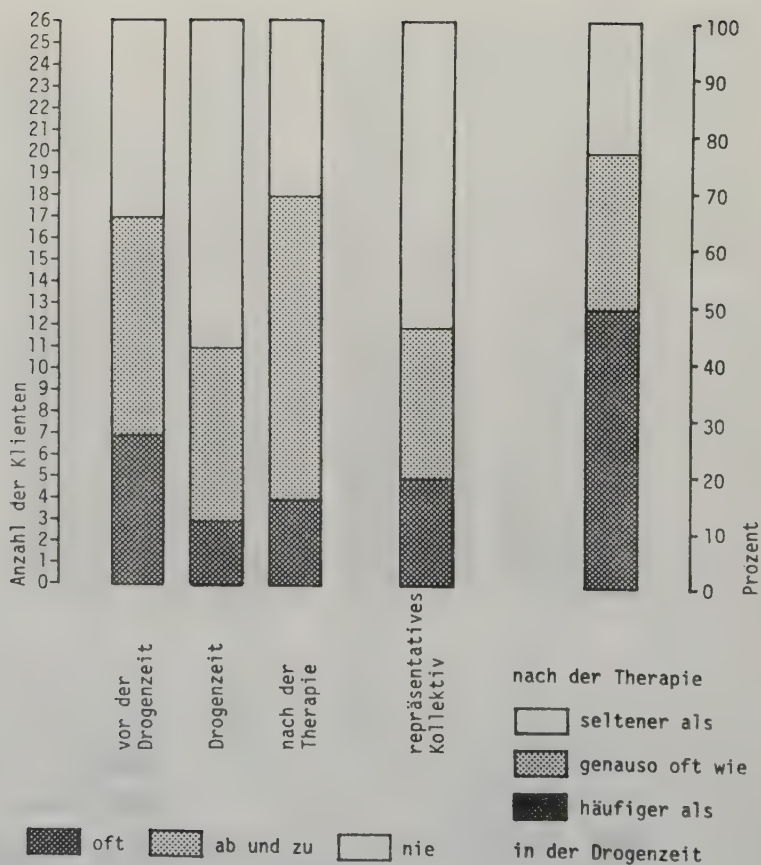


Abb.40: Ein gutes Buch lesen

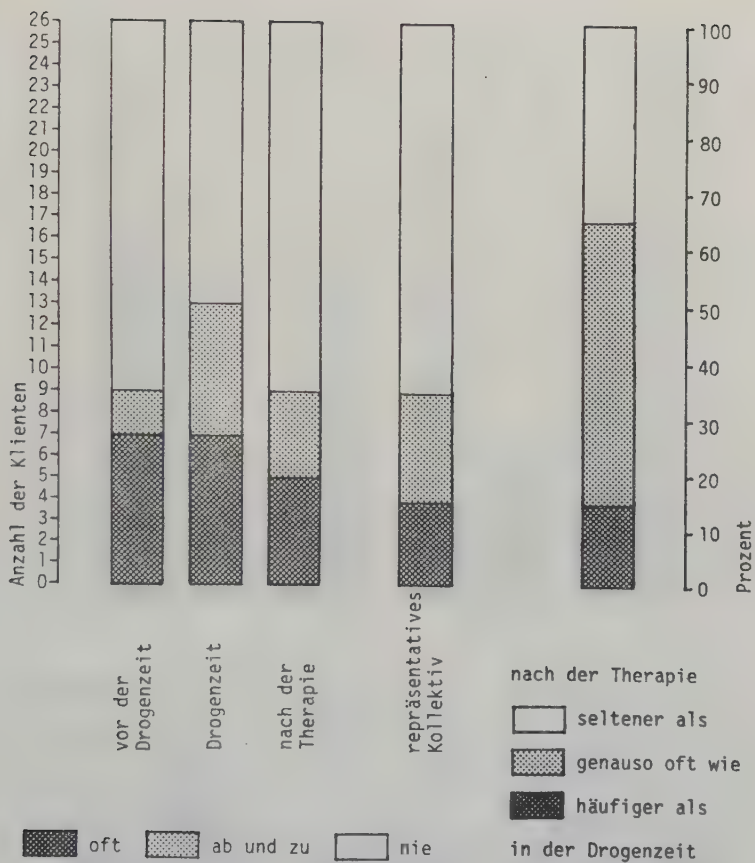


Abb.41: Moped/Auto fahren

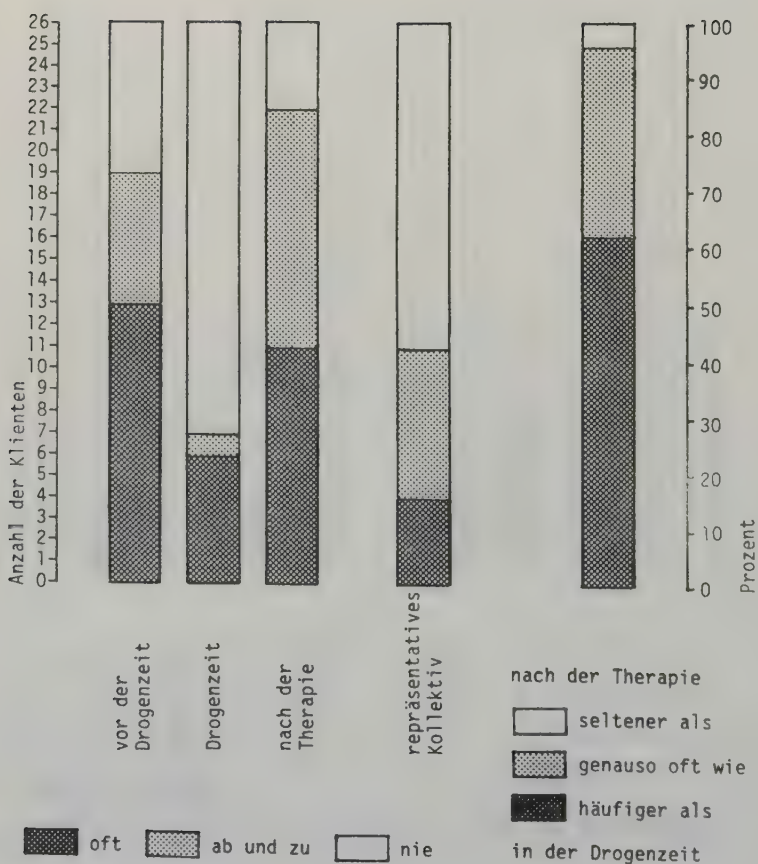


Abb.42: Spazierengehen/radfahren

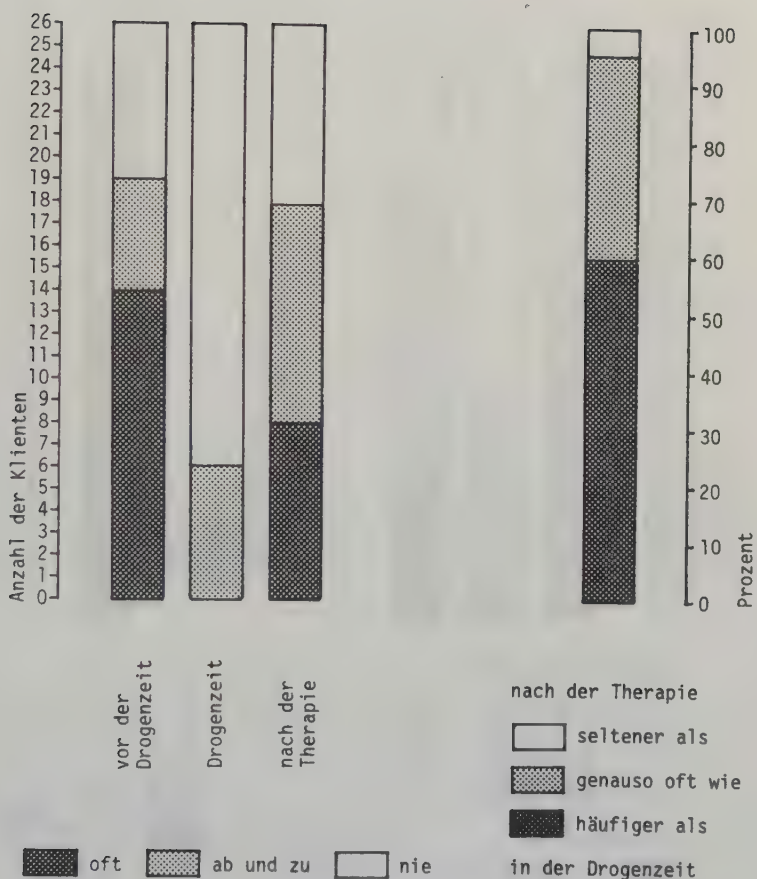


Abb.43: Handwerken/Kleider nähen/Handarbeit

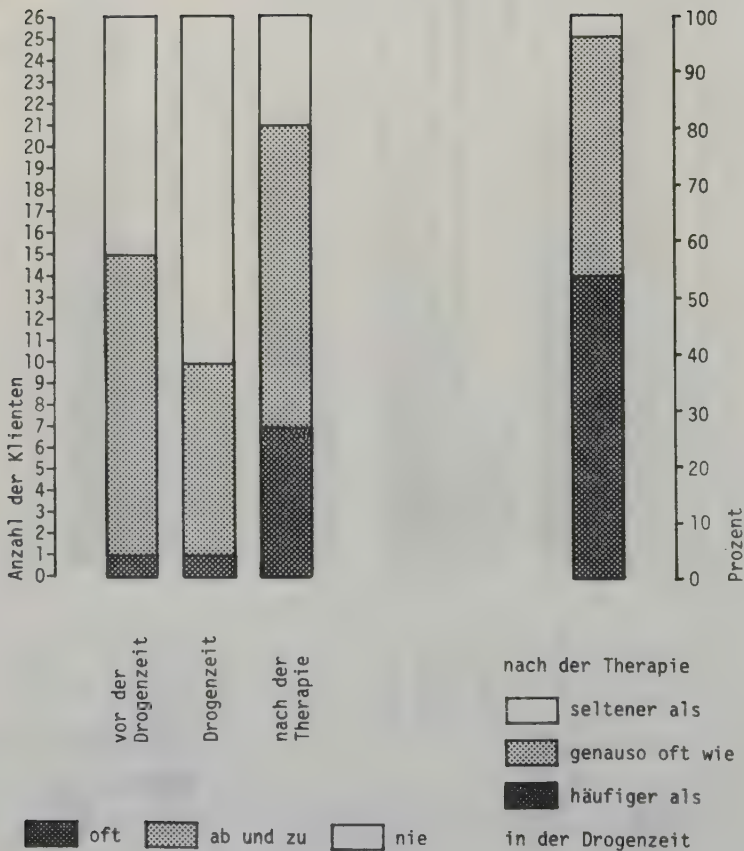


Abb.44: Hausarbeit

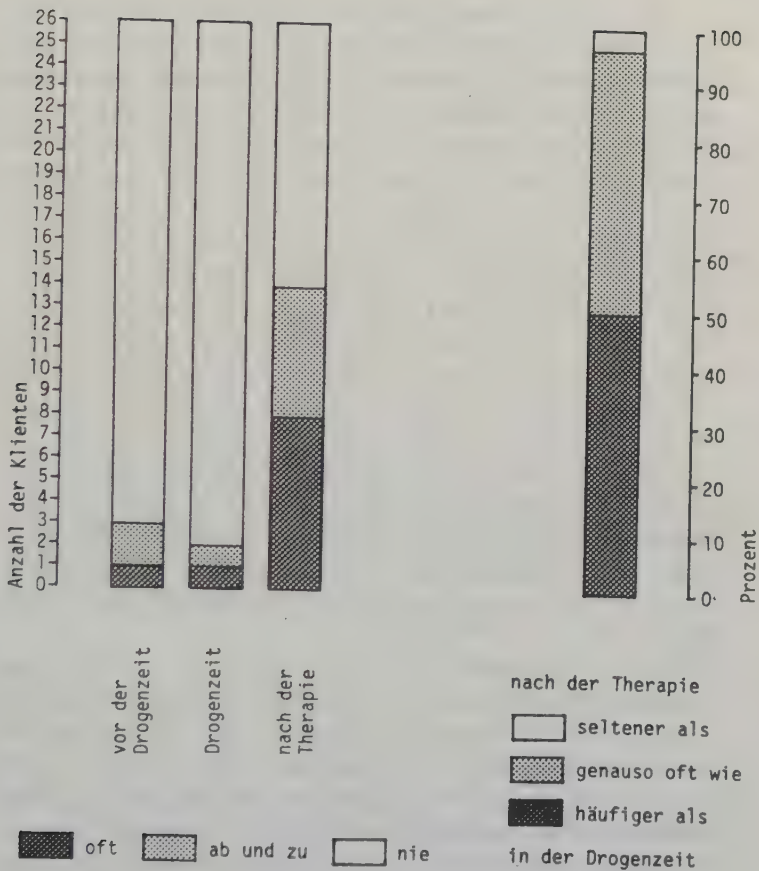


Abb.45: Essen kochen/andere Leute einladen

4.4.5 Wohnverhältnisse

In diesem Abschnitt wurden Merkmale von Wohnformen in zwei verschiedenen Zeiträumen gezählt und miteinander verglichen. Die Drogenzeit dauerte durchschnittlich 7,0 Jahre, die Katamnesedauer betrug im Mittel dagegen nur 13,0 Monate. Allerdings ergaben sich die meisten Veränderungen der Wohnsituation erst gegen Ende der Drogenzeit. Treten die Merkmale nach der Therapie in geringerer Zahl auf als in der Drogenzeit, so ist also nicht sicher zu entscheiden, ob das Merkmal dann tatsächlich weniger häufig vorkommt oder ob der kürzere Beobachtungszeitraum dafür verantwortlich ist. Tritt das Merkmal nach der Therapie dagegen in größerer Zahl auf, so handelt es sich klar um eine Häufigkeitssteigerung, auch eine gleichbleibende Zahl spricht wegen der unterschiedlichen Länge der Beobachtungszeiträume eher für eine Häufigkeitszunahme.

Vor der Drogenzeit wohnten nur 5 Jugendliche zeitweise nicht bei ihren Eltern oder einem Elternteil, nicht alle hatten einen eigenen Raum oder Bereich in der elterlichen Wohnung. Von denjenigen, die ihn hatten, war es 15 Jugendlichen ziemlich wichtig, wie er aussah, 5 war es wenig wichtig und einem egal (Abb. 46 und 47).

Während der Drogenzeit zogen viele Klienten von zu Hause aus, lebten meist nur vorübergehend allein oder mit anderen, waren im Gefängnis oder auf langen Auslandsreisen (Abb. 46). Der Wohnsitz wurde häufig gewechselt. Trotzdem lebten noch fast 70% zeitweise bei ihren Eltern oder einem Elternteil. Bei den meisten sank das Interesse an der Gestaltung der eigenen vier Wände (Abb. 47, 48). Es blieb lediglich wichtig, eine Schlafstelle und die Möglichkeit der ungestörten Drogeneinnahme zu haben. Der Hälfte der Klienten war es nun egal, wie ihr Zimmer aussah, knapp 30% war es wenig wichtig.

Nach der Therapie wohnten nur noch etwa 30% der Klienten ganz oder zeitweise in der elterlichen Wohnung, auch wohnten jetzt nicht mehr so viele bei Bekannten oder in einer Wohngemeinschaft, dagegen mehr im Wohnheim (in allen Fällen ein Übergangswohnheim

im Anschluß an die Therapie). Der Anteil der Klienten, die allein oder mit einem festen Partner wohnten, blieb gleich groß. Es waren jetzt viel weniger Klienten im Gefängnis (Abb. 46). Nach der Therapie erreichte die Gestaltung des eigenen zu Hause eine Bedeutung, die größer war als je zuvor (Abb. 47, Abb. 48). Waren die Zimmer in der Drogenzeit meist "abgestaltet" worden, wie sich ein Klient ausdrückte (damit meinte er, daß er die gesamte Einrichtung verkaufte oder verkommen ließ, bis nur noch Matratzen im Zimmer waren), so wurden jetzt wieder Geld, Zeit und Ideen in die Gestaltung investiert. Es wurden Möbel neu gekauft oder vom Sperrmüll besorgt und renoviert, die Räume wurden mit Bildern oder Postern, mit Farben, Tapeten und Teppichen geschmückt und mit oft recht phantasievollen Eigenbauten versehen, auf die die Klienten häufig stolz waren (Abb. 48). Fast 80% der Befragten war es nun wichtiger als in der Drogenzeit, wie ihr Zimmer/ihre Wohnung aussah (Abb. 47). Möglicherweise wurden die Klienten im Therapiezentrum Bischofsried zu handwerklichen und gestalterischen Tätigkeiten angeregt. Dort wurden von ihnen zahlreiche Renovierungsarbeiten durchgeführt, es bot sich Gelegenheit zum Malen und Eigenbau von Möbeln, die nach Beendigung der Therapie meist mitgenommen wurden.

Bei einigen Probanden war es nicht zu übersehen, daß die Dinge ihrer persönlichen Umgebung viel mit ihnen zu tun hatten, daß es Werte waren, die ihnen wieder wichtig geworden waren. So hing z.B. ein Klient viele eigene künstlerisch und technisch interessante Fotos an die Wände - er wollte Fotograf werden. Ein anderer, der eine moderne, perfekt aufeinander abgestimmte, etwas bürgerliche Einrichtung hatte, erklärte: "Ich hab die Schnauze voll von Apfelsinenkisten, die bringe ich gleich mit dope in Verbindung". Eine junge Frau zeigte mir sogleich stolz ihre selbst gebaute und liebevoll bemalte Kinderwiege, die - leer - in ihrem Zimmer stand. Bei einem Klienten, der Fernfahrer werden wollte, hing ein großes Poster mit einem Lastwagen in dem sonst wenig geschmückten Raum.

Die dargestellten Zahlen und Beispiele zeigen deutlich, daß den meisten Befragten nach der Therapie ein "Zuhause", auch ein "inneres Zuhause" wieder wichtig geworden war.

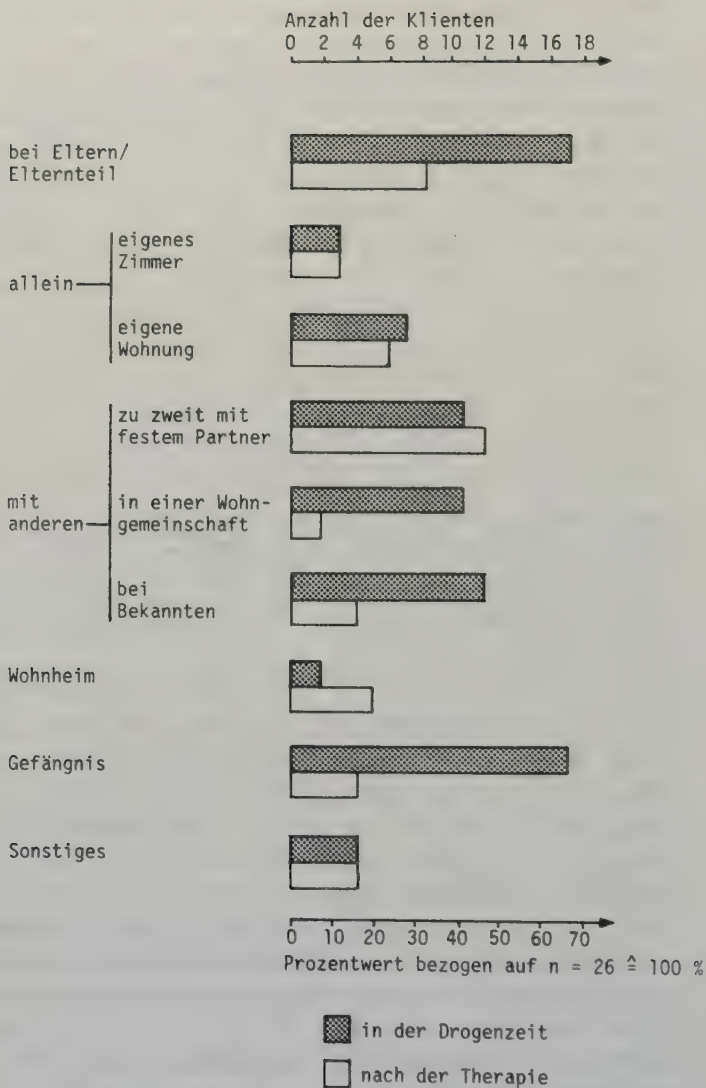


Abb.46: Wo wohnst du? (Mehrfachnennungen)

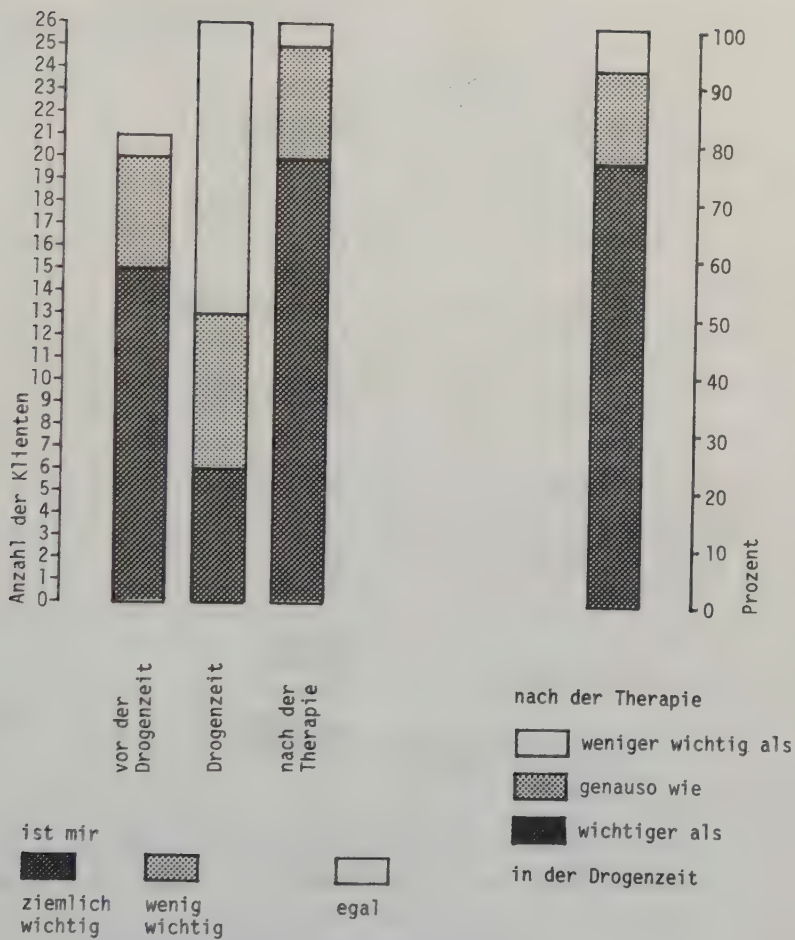


Abb.47: Ist es dir wichtig, wie dein Zimmer/deine Wohnung aussieht?

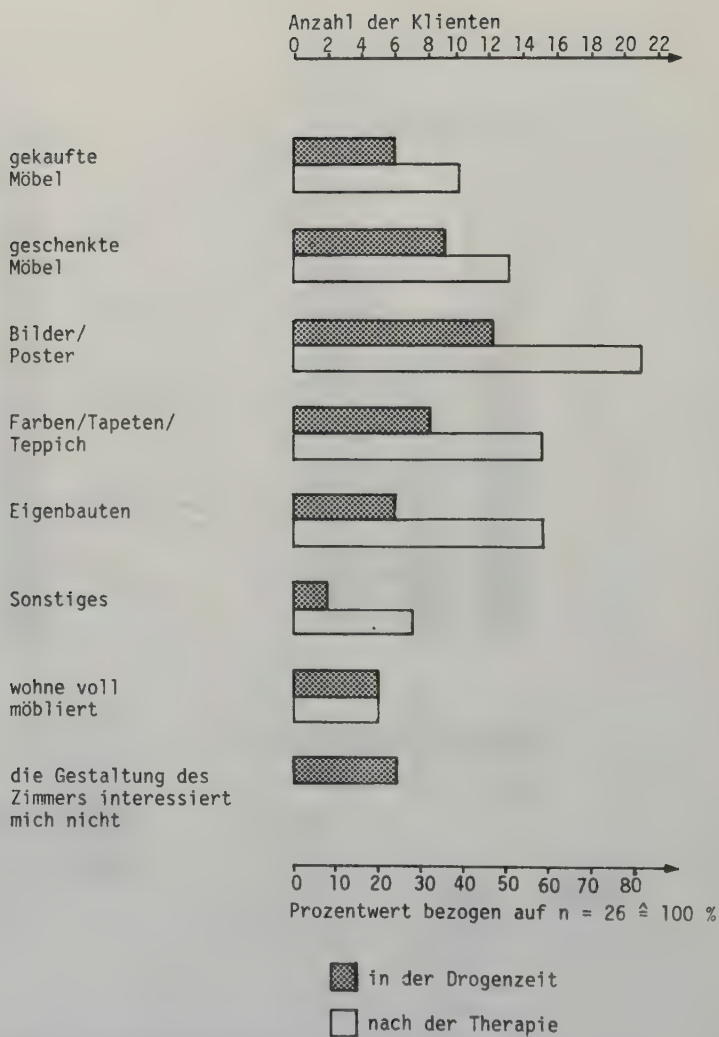


Abb.48: Hast du dir dein Zimmer/deine Wohnung selbst gestaltet?
Womit? (Mehrfachnennungen)

4.4.6 Besitz und Geld

Wie schon in Abschnitt 4.4.2 erwähnt, wurden zur Finanzierung der Drogen auch eigene Gegenstände verkauft. Man kann diesen Vorgang auch so verstehen, daß den Klienten zum Zeitpunkt des Verkaufs die Drogen wichtiger wurden als die Gegenstände, an denen sie früher hingen und die sie sich vielleicht lange Zeit erspart hatten. Waren die eigenen Wertsachen schon in Drogen umgesetzt, so wurden häufig Wertgegenstände von Familienmitgliedern, z.B. die Waffensammlung des geliebten Vaters oder Schmuck der Mutter, im übertragenen Sinne also wichtige Bezugspersonen selbst "verkauft".

Zunächst trennten sich die Klienten in ihrer Drogenzeit von "Luxusartikeln" wie Schmuck oder teuren Kleidern und von ihrer Stereoanlage, manche verkauften auch ihr Musikinstrument, eine teure Wohnungseinrichtung oder Hobbyausrüstung und anderes (Abb. 49). Dagegen blieb ein eigenes Fahrzeug, meist ein Auto, für sie wichtig, um in Amsterdam oder Frankfurt billig Drogen einzukaufen, die sie meist zur Finanzierung des eigenen Verbrauchs verkauften. Nach der Therapie wurden viele vorher verkaufte Dinge Stück für Stück wieder angeschafft, wobei mit der Entdeckung neuer Freizeitbeschäftigungen vor allem Hobbyausrüstungen, z.B. zum Fotografieren oder zum Handwerken, stark begehrt waren (Abb. 49). Erwartungsgemäß wurden jetzt auch keine größeren Gegenstände mehr verkauft außer zwei Autos.

Es ist nicht verwunderlich, daß die meisten Klienten in der Drogenzeit ständig Schulden machen mußten (Abb. 50). 13 von 26 Nachuntersuchten hatten zum Zeitpunkt des Interviews noch durchschnittlich 10800 DM an alten Schulden. Dagegen lebten nach der Therapie nur 3 Klienten über ihre Verhältnisse (Abb. 50), 14 kamen mit ihrem Geld aus, ohne neue Schulden zu machen und 8 teilten sich das Geld so ein, daß sogar etwas übrig blieb, oder sparten, um sich konkrete Wünsche erfüllen zu können, z.B. ein Auto, Kleidung, eine Reise, Hochzeit und die freiwillige, möglichst schnelle Abzahlung alter Schulden aus der Drogenzeit. Nach der Therapie sind Gebrauch und Besitz von materiellen Gütern

wieder wichtiger geworden. Die Klienten gaben ihr Geld anstatt für Drogen jetzt viel häufiger für materielle Güter aus. Der Unterschied zur Drogenzeit wird noch erheblich größer, wenn man bei der Interpretation den wesentlich kleineren Beobachtungszeitraum nach der Therapie berücksichtigt (siehe 4.4.5).

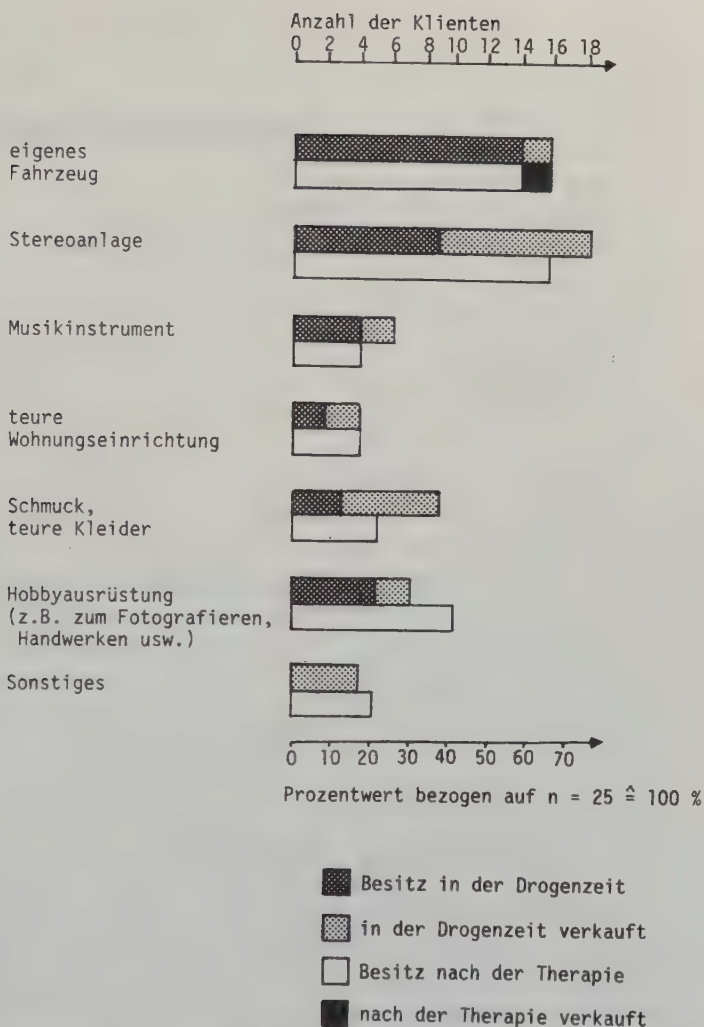


Abb.49: Welche der folgenden, für dich wichtigen Dinge besitzt du?

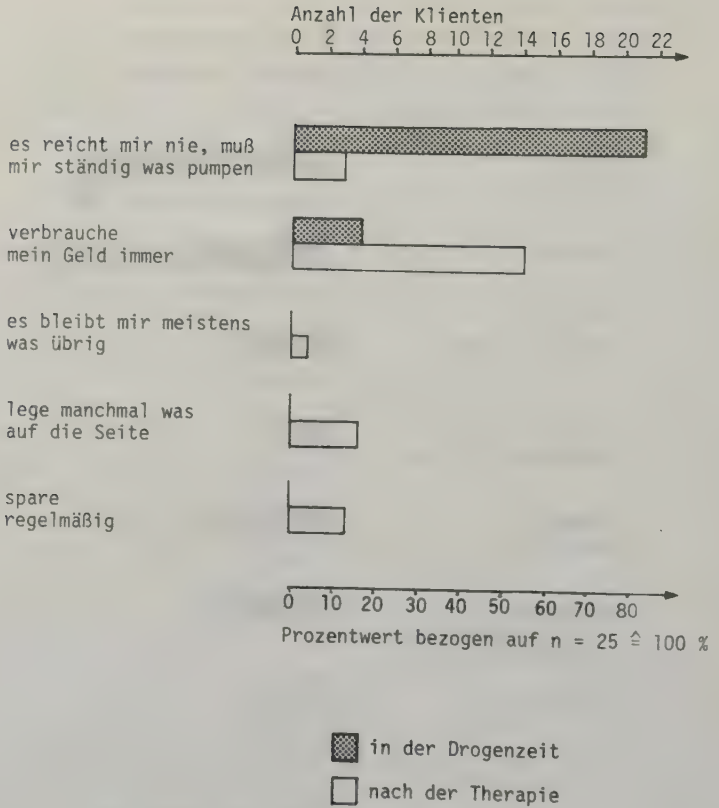


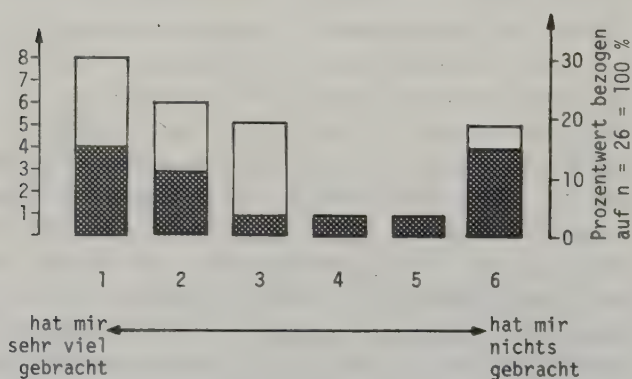
Abb.50: Wie kommst du mit deinem Geld aus?

4.4.7 Therapie in Bischofsried

Auf die Frage: "hat dir Bischofsried etwas gebracht?" antworteten die drogenfreien Nachuntersuchten positiver, als die nicht drogenfreien (Abb. 51). Abb. 52 zeigt, was den Klienten in Bischofsried jeweils sehr wichtig, noch wichtig oder unwichtig war (vorgegebene Antworten mit der Möglichkeit zu freien Antworten). Die schöne Landschaft um Bischofsried wurde am häufigsten als sehr wichtig bezeichnet. Für viele Klienten war früher alles, was nicht mit Drogen zusammenhing, uninteressant, es wurde gar nicht beachtet oder wahrgenommen. Im Therapiezentrum weitete sich der "verengte Blickwinkel" wieder, sie nahmen ihre Umgebung neu wahr. So konnte für manche die schöne Naturlandschaft um Bischofsried sogar etwas werden, für das es sich lohnte, auch ohne Drogen zu leben. Das Essen in Bischofsried war ebenfalls für viele sehr wichtig, für manche stellte es möglicherweise eine Ersatzbefriedigung für Drogen dar. Ferner fiel auf, daß die Einzeltherapie für nicht sehr wichtig gehalten wurde, wohl aber die Beziehung zum Einzeltherapeuten. 2 Klienten hatten die Therapie bereits abgebrochen, bevor sie die erste Einzeltherapiestunde hatten, 3 junge Männer waren zu einer Zeit im Therapiezentrum, in der keine weiblichen Klienten da waren, die entsprechenden Fragen konnten daher nicht beantwortet werden. Manche Befragten fanden während der Therapie einen Freund oder Partner in anderen Klienten, für manche wurde die in therapeutischen Sitzungen oder im Zusammenleben mit der Gruppe erfahrene Selbsterkenntnis zum Wendepunkt in ihrer Persönlichkeitsentwicklung, einige wenige fanden in bestimmten Arbeiten einen neuen Sinn (Abb. 52).

Bildet man nach der Aufenthaltsdauer zwei gleich starke Untergruppen und vergleicht die Klienten, die kürzer als 25 Wochen (durchschnittlich 1,9 Monate) im Therapiezentrum Bischofsried waren, mit solchen, die mindestens 25 Wochen (durchschnittlich 8,3 Monate) blieben (Abb. 53), so sieht man, daß der länger anwesenden Untergruppe fast alle der in Bischofsried angebotenen Möglichkeiten wichtiger waren. Eine Ausnahme bildete das Essen, das von der länger anwesenden Untergruppe für deutlich unwichti-

ger gehalten wurde, als von der kürzer anwesenden Untergruppe, in der es die Rangskala anführte. Eine weitere Ausnahme waren unter "Sonstiges" klassifizierte Aussagen, die in beiden Untergruppen gleich häufig geäußert wurden.



	Anzahl	Durchschnitt
 drogenfrei	n = 12	2,3
 nicht drogenfrei	n = 14	3,5
 +  alle interviewten Klienten	n = 26	3,0

Abb.51: Hat dir Bischofsried etwas gebracht?

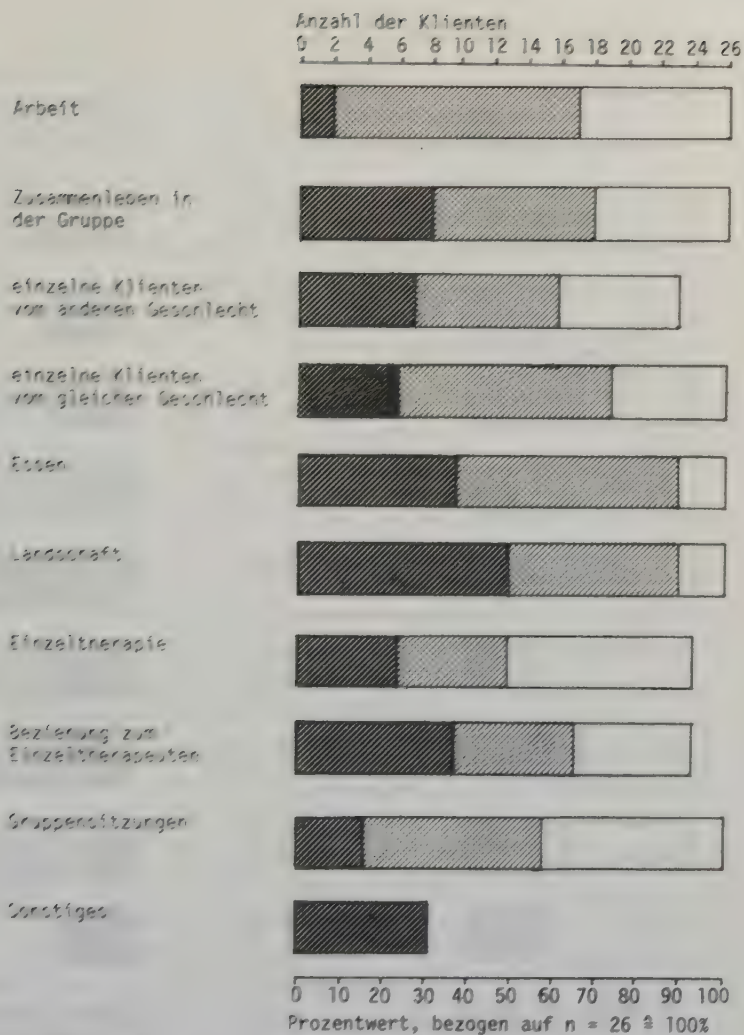


Abb.52: Was war für dich in Bischofsried

sehr wichtig ?

noch wichtig ?

unwichtig ?

Anzahl der Klienten
14 12 10 8 6 4 2 0



Arbeit



Zusammenleben
in der Gruppe



einzelne Klienten
vom anderen Geschlecht



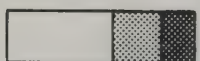
einzelne Klienten
vom gleichen Geschlecht



Essen



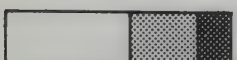
Landschaft



Einzel-
therapie



Beziehung zum
Einzeltherapeuten



Gruppen-
sitzungen



sonstiges

Anzahl der Klienten
0 2 4 6 8 10 12 14



Klienten, die weniger
als 25 Wochen (im
Durchschnitt 1,9 Monate)
im Therapiezentrum
Bischofsried blieben
n = 13

Klienten, die mindestens
25 Wochen (im
Durchschnitt 8,3 Monate)
im Therapiezentrum
Bischofsried blieben
n = 13

Abb.53: Was war für dich in Bischofsried

sehr wichtig



?

noch wichtig



?

unwichtig



?

4.4.8 Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche

Von den Probanden sollten die bisher untersuchten Lebens- und Erlebensbereiche (4.4.1 bis 4.4.6) und weitere, wie Partnerschaft, Sexualität/ Zärtlichkeit, eigener Körper/ Gesundheit, eigenes Aussehen/ Kleidung, in ihrer Bedeutung für sie persönlich abgeschätzt werden. Zu diesem Zweck wiesen die Klienten auf die Frage "Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?" jedem Bereich eine Ziffer von 1 (sehr wichtig) bis 6 (unwichtig) zu. Es konnte z.B. der Bereich Drogen für einen Probanden auch dann wichtig sein, wenn er keine einnahm, aber häufig Drogengedanken hatte, oder der Bereich Partnerschaft, wenn er keinen Partner hatte, sich aber sehr danach sehnte. Abb. 54 bis 64 zeigen die Ergebnisse, wobei die dargestellten Unterschiede zwischen drogenfreien und Drogen konsumierenden Klienten vorerst nicht beachtet werden, da sie Untersuchungsgegenstand des nächsten Abschnitts (4.4.9) sind. In Tab. 2 wurden die untersuchten Lebensbereiche mit der Rangfolge ihrer relativen Wichtigkeit dargestellt.

Zu der Interpretation werden, wie schon in Abschnitt 4.4.4 (Freizeit), wegen der subjektiven Verzerrung des Erinnerungsvermögens nur deutliche Unterschiede zwischen den Zeiträumen herangezogen. Die unterschiedliche Größe der Zeiträume dürfte, anders als in Abschnitt 4.4.5 (Wohnverhältnisse), das Ergebnis jedoch nicht beeinträchtigen, da keine Merkmale gezählt wurden. Wie sich nach der Durchführung der Interviews herausstellte, wurde die Bedeutung eines eigenen Autos von vielen immer noch stark im Zusammenhang mit Drogenbeschaffung gesehen (siehe 4.4.6), die Zuordnung zum Bereich "Besitz" stellte sich daher als unglücklich heraus. Die Interviewer hatten außerdem den Eindruck, daß der Oberbegriff "Besitz" bei den meisten Klienten mit einer starken negativen Wertung behaftet war. Diese Beobachtungen können erklären, daß der Bereich Auto/ Besitz vor und nach der Therapie für etwa gleich wichtig eingeschätzt wurde (Abb. 62), im Vergleich zu anderen Lebensbereichen nach der Therapie sogar noch an Bedeutung verlor (Tab. 2), während andererseits in Abschnitt 4.4.6 (Besitz und Geld) nach der Therapie eine Welle von Neuanschaffungen materieller Güter (Abb. 50) festgestellt wurde.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Wichtigkeit eines jeden Lebensbereiches für sich allein ("absolut", Abb. 54 bis 64), ohne Vergleiche mit der Bedeutung anderer Lebensbereiche ("relativ", Rangskalen in Tab. 2) zu ziehen, so ist der Bereich der Drogen der einzige, der in der Drogenzeit absolut wichtiger ist, als nach der Therapie. Die Bereiche Auto/ Besitz und eigenes Aussehen/ Kleidung zeigen kaum Unterschiede zwischen Drogenzeit und Zeit nach der Therapie. Dagegen waren den Klienten alle anderen Bereiche vor der Drogenzeit und nach der Therapie absolut deutlich wichtiger als in der Drogenzeit, mit der Einschränkung, daß die Bedeutung von Partnerschaft und Sexualität/ Zärtlichkeit vor der Drogenzeit nur wenig höher war, als in der Drogenzeit, wohl deshalb weil die Klienten damals noch viel jünger waren. Die größten absoluten Bedeutungszunahmen zwischen Drogenzeit und Zeit nach der Therapie ergaben sich in den Bereichen eigener Körper/ Gesundheit und Arbeit/ Schule/ Lehre.

Vor der Drogenzeit waren im interviewten Kollektiv die Freizeitgestaltung relativ am wichtigsten, gefolgt von Beziehungen zum Partner, guten Freunden und Mitmenschen, relativ unwichtig waren Arbeit/ Schule/ Lehre und am wenigsten wichtig die Drogen (Tab. 2). In der Drogenzeit wurden die Drogen nicht nur im Kollektivdurchschnitt (Tab. 2), sondern auch für die meisten einzelnen Klienten (Tab. 3) zum wichtigsten Bereich, nach großem Abstand folgten Beziehungen zum Partner und eigenes Aussehen/ Kleidung, letzteres hing vermutlich mit dem Image eines Aussteigers zusammen. Relativ unwichtig wurde die Freizeitgestaltung, der eigene Körper/ Gesundheit und am wenigsten wichtig war die Arbeit/ Schule/ Lehre (Tab. 2). Nach der Therapie wurde die Beziehung zum Partner zum Spitzenreiter, gefolgt von Wohnung/ Zuhause und Sexualität/ Zärtlichkeit. Relativ unwichtig waren Arbeit/ Schule/ Lehre trotz der starken absoluten Bedeutungszunahme und Auto/ Besitz. Die Bedeutung der Drogen fiel wieder auf den letzten Rang zurück.

Betrachtet man die relative Bedeutung der untersuchten Lebensbereiche in ihrer zeitlichen Entwicklung (Tab. 2), so zeigt sich,

daß Beziehungen zum Partner und Sexualität/ Zärtlichkeit auf der Rangskala der Wichtigkeit im Laufe der Zeit stets nach oben klettern. Der Bereich Wohnung/ Zuhause wurde erst nach der Therapie relativ zu anderem wichtiger und die Bereiche Freizeit/ Interessen, eigener Körper/ Gesundheit und Beziehung zum Mitmenschen fielen in der Drogenzeit auf der Rangskala und stiegen nach der Therapie wieder an, ebenso der Bereich Arbeit/ Schule/ Lehre, der sich aber durchwegs in der unteren Etage der Rangskala bewegte. Der Bereich Beziehung zu guten Freunden rutschte in der Drogenzeit auf der Rangskala und hielt nach der Therapie dann seine neue Position. Die größte Bewegung auf der Rangskala machte die Bedeutung der Drogen, die vom letzten auf den ersten Rang sprang und nach der Therapie wieder auf den letzten zurückfiel. Parallel dazu, aber weit weniger drastisch, bewegte sich relativ zu anderen Bereichen auch das eigene Aussehen/ Kleidung und Auto/ Besitz, was oben aufgestellte Vermutungen unterstreicht, daß diese Lebensbereiche als mit dem Drogenverhalten verknüpft erlebt wurden.

Es wurde versucht, das zentrale Thema dieser Untersuchung, die Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche und ihre zeitliche Änderung, zusätzlich durch eine offene Frage zu erfassen. Tab. 3 zeigt die Zusammenstellung der Antwortklassen auf die für verschiedene Zeiträume gestellte offene Frage "Woran hängst du am meisten?". Kamen hierauf spontan zwei Antworten, so wurden beide mitgezählt, die Summe der Antworten war in allen Zeiträumen annähernd gleich groß.

Die Bedeutung von Drogen und vom zwischenmenschlichen Bereich zeigte einen ähnlichen zeitlichen Verlauf wie bei den geschlossenen Fragen (Tab. 2), obwohl die Antwortklasse der offenen Frage nicht genau deckungsgleich mit den Lebensbereichen der geschlossenen Fragen, und die Fragen auch inhaltlich nicht identisch waren. Antworten, in denen sich der Befragte selbst bzw. seine eigene psychische und körperliche Entwicklung am wichtigsten war, wurden zu einer neuen, zahlenmäßig wichtigen Antwortklasse zusammengefaßt. Die Klienten, die angaben, am meisten an ihrer Freiheit zu hängen, verstanden den Begriff "Freiheit" wie "Freiheit

von etwas", nicht aber im inhaltlich positiven Sinn "Freiheit zu etwas".

Die größte Antwortklasse wurde vor der Drogenzeit von den nahestehenden Menschen gebildet, dann folgten sportliche und Freizeitaktivitäten oder Kindheitserlebnisse. In der Drogenzeit "hängen" fast alle Klienten am meisten an den Drogen, auf den zweiten Rang kamen nahestehende Menschen. Während der Therapie wurden für knapp die Hälfte der Befragten neue oder wiederentdeckte Gefühle am wichtigsten. Die 4 Klienten, die angaben, während der Therapie "an nichts" zu hängen, verließen das Therapiezentrum bis auf eine Ausnahme schon nach wenigen Tagen. Sie hatten mit der Einstellung des Drogenmißbrauchs ihren momentanen Lebenssinn verloren und konnten in der kurzen Zeit keinen anderen Lebensbereich neu für sich entdecken oder wiederentdecken. Die Bedeutung anderer Menschen und der Wert der eigenen Persönlichkeit und deren Entwicklung rückte für manche erstmalig während der Therapie in den Vordergrund und konnte nach der Therapie noch zunehmen, wo diese Antwortklassen auch die ersten beiden Ränge einnahmen. Nach der Therapie wurden 11 Antworten der Klienten unter "sonstige" zusammengefaßt. Hiervon gaben je 2 an, am meisten am eigenen Zuhause, der beruflichen Ausbildung, an Zärtlichkeit/ Sexualität und "eigentlich an allem oder an gar nichts" zu hängen.

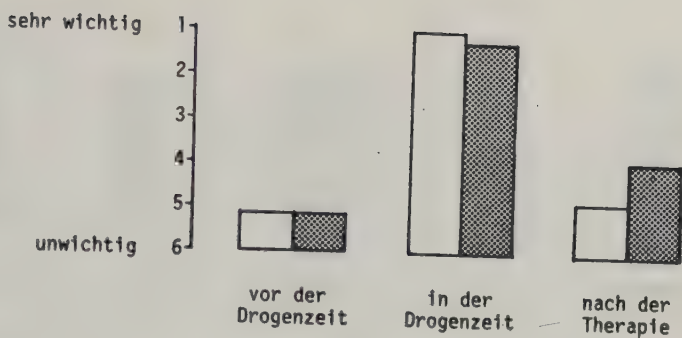


Abb.54: Drogen

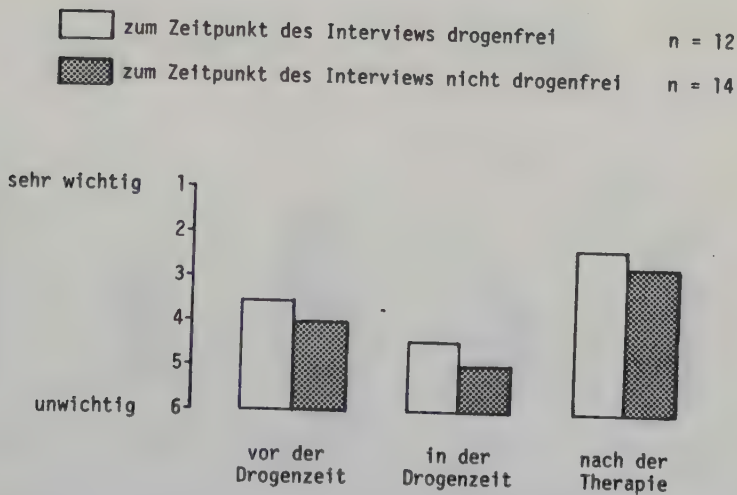
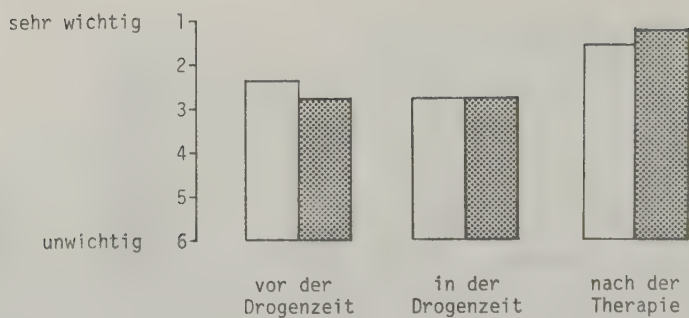


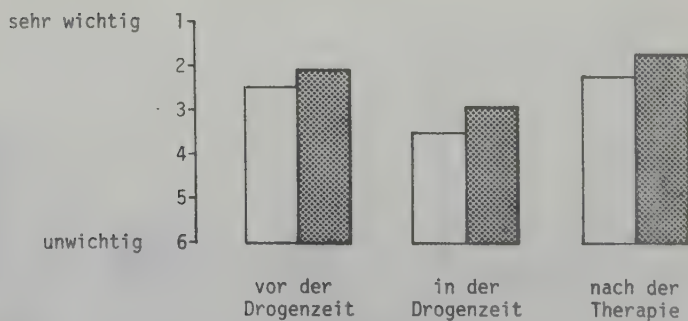
Abb.55: Arbeit/Schule/Lehre



Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?

Abb.56: Beziehung zum Partner

zum Zeitpunkt des Interviews drogenfrei n = 12
 zum Zeitpunkt des Interviews nicht drogenfrei n = 14



Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?

Abb.57: Beziehung zu guten Freunden

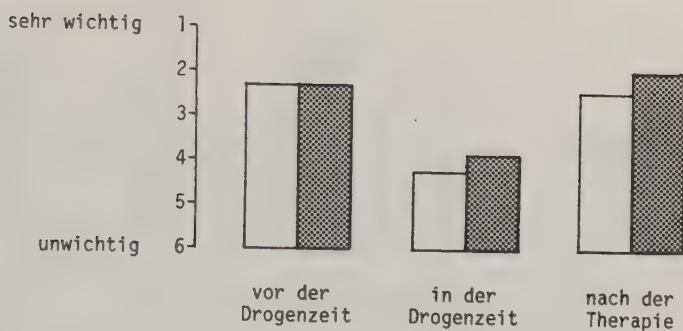


Abb.58: Beziehung zu Mitmenschen

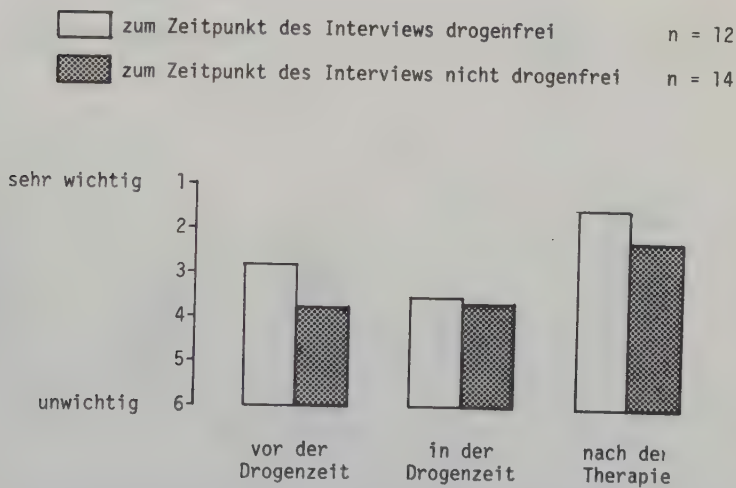
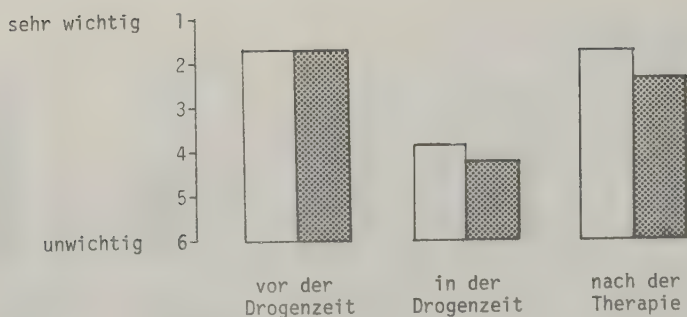
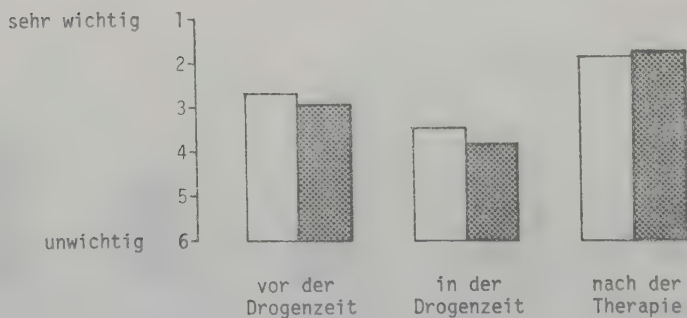
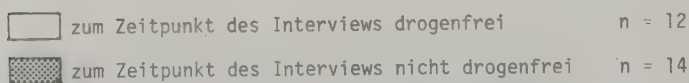


Abb.59: Sexualität, Zärtlichkeit



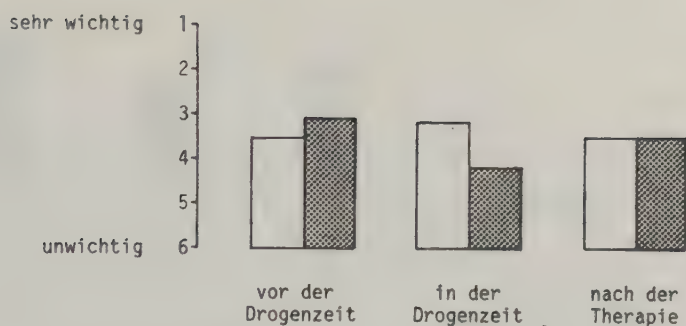
Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?

Abb.60: Freizeit/Interessen



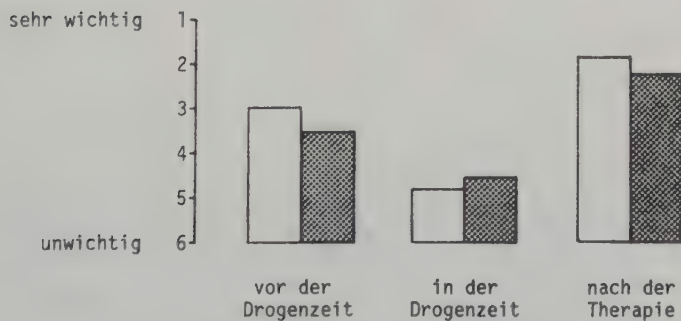
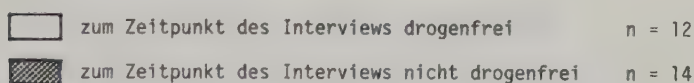
Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?

Abb.61: Wohnung/Zuhause



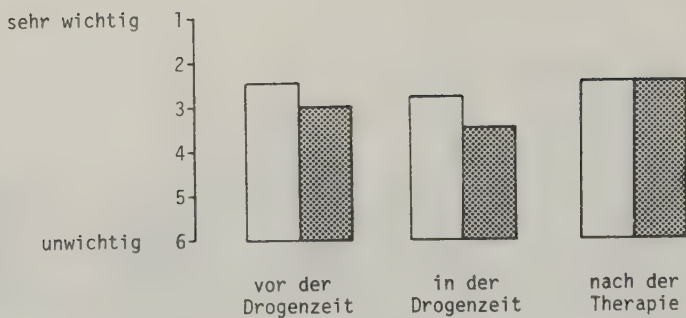
Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?

Abb.62: Auto/Besitz



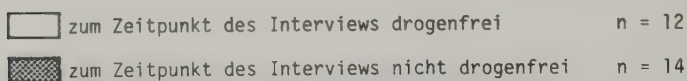
Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?

Abb.63: eigener Körper, Gesundheit



Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?

Abb.64: eigenes Aussehen, Kleidung



Tab.2: Rangzahlen der relativen Wichtigkeit verschiedener Lebensbereiche in verschiedenen Zeiträumen

Zeiträume Lebensbereiche	vor der Drogenzeit	Drogenzeit	nach der Therapie
Beziehung zum Partner	4	2	1
Wohnung/Zuhause	6	6	2
Sexualität/Zärtlichkeit	7	5	3
Beziehung zu guten Freunden	2	4	4
Freizeit/Interesse	1	9	5
eigener Körper/Gesundheit	9	10	6
Beziehung zum Mitmenschen	3	8	7
eigenes Aussehen/Kleidung	5	3	8
Arbeit/Schule/Lehre	10	11	9
Auto/Besitz	8	7	10
Drogen	11	1	11

Tab. 3: Antworten auf die für verschiedene Zeiträume gestellte offene Frage "Woran hängst du am meisten?"

Zeiträume Antworten	vor der Drogenzeit	Drogenzeit	im Therapie- zentrum Bischofsried	nach der Therapie
an mir nahestehenden Menschen	11	4	7	11
an mir selbst, meiner psychischen und körperlichen Entwicklung	1	0	5	6
an meiner Freiheit	0	1	1	2
Drogen, Szene	0	21	0	0
neue Gefühle, die ich im Therapiezentrum Bischofsried erlebt habe	0	0	12	0
Sport, Freizeit, Erlebnisse	8	0	1	0
Moped, Motorrad	3	1	0	0
Sonstige	7	3	2	11
gar nichts	1	1	4	0
weiß nicht/ weiß ich gar nicht mehr	4	1	1	3
Summe	35	32	33	33

4.4.9 Vergleich zwischen drogenfreien und Drogen konsumierenden Klienten

Im Kollektiv der 26 interviewten Klienten konnten meist deutliche Unterschiede in der Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche zwischen Drogenzeit und Zeit nach der Therapie gefunden werden (siehe 4.4.8). Die Unterschiede zwischen den zum Zeitpunkt des Interviews drogenfreien und den Drogen konsumierenden Klienten (Abb. 54 bis 64) fielen dagegen sehr gering aus, es konnten wegen der kleinen Fallzahl nur große Differenzen zur Interpretation herangezogen werden:

Sexualität / Zärtlichkeit war für die Drogenfreien als einziger Bereich vor der Drogenzeit deutlich wichtiger als für die Drogenkonsumenten. In der Drogenzeit hatten für die Drogenfreien die Bereiche Auto / Besitz und eigenes Aussehen / Kleidung, also Bereiche, die mit dem Drogenkonsum verknüpft sind (siehe 4.4.8), mehr Bedeutung, Beziehungen zu guten Freunden dagegen weniger. Nach der Therapie waren den Drogenfreien die Bereiche Freizeit / Interessen und Sexualität / Zärtlichkeit wichtiger als den Drogenkonsumenten, die Drogen waren für sie erwartungsgemäß weniger wichtig. Die Bedeutung aller Lebensbereiche entwickelte sich bei den Drogenkonsumenten im zeitlichen Verlauf parallel zu den Drogenfreien, außer in den Bereichen Sexualität / Zärtlichkeit und Auto / Besitz.

Die nur geringen Unterschiede zwischen den beiden Untergruppen lassen sich weitgehend mit Zahlen zur Drogenkarriere erklären. Tab. 4 zeigt, daß die Drogenkonsumenten nach der Therapie zwar mehr Drogen verbrauchten, als die "Drogenfreien", aber immer noch viel weniger, als das interviewte Kollektiv zur Drogenzeit. Der errechnete Durchschnittsbetrag von wöchentlich 42 DM bei den Drogenfreien berücksichtigt den gesamten Zeitraum nach der Therapie ("Film") und schrumpft zum Zeitpunkt des Interviews ("Momentaufnahme") fast auf Null. Alkoholhaltige Getränke sind bei diesen Zahlen nicht berücksichtigt. Tab. 4 und Tab. 5 zeigen weitere Unterschiede zwischen den nach der Therapie drogenfreien und nicht drogenfreien Klienten:

Die Drogenfreien verbrauchten in ihrer Drogenzeit Heroin für eine deutlich höhere Summe, hatten bei Eintritt ins Therapiezentrum die längere Fixerkarriere, blieben länger in der Therapie, wurden häufiger regulär entlassen und brachen die Therapie seltener ab. Ihre kürzere Katamnesedauer kam dadurch zustande, daß alle noch im Übergangswohnheim interviewten Klienten als "drogenfrei" eingestuft werden konnten. Beim Eintritt ins Therapiezentrum waren die Drogenfreien und Drogenkonsumenten etwa gleich alt. In Abb. 51 (4.4.7) wurde bereits dargestellt, daß den Drogenfreien die Therapie in Bischofsried subjektiv "mehr brachte", als den nicht Drogenfreien.

Tab. 4: Wert der pro Woche und Klient durchschnittlich
verbrauchten illegalen Drogen in DM.

Zeiträume		Drogenzeit	nach der Therapie ("Film")
"drogenfreie" Klienten	n=12	2.600	42
drogenkonsumierende Klienten	n=14	930	280
alle interviewten Klienten	n=26	1.700	170

Tab. 5: Unterschiede zwischen drogenfreien und Drogen konsumierenden Klienten bezüglich Drogenkarriere, Therapie in Bischofsried und Katamnesedauer

	drogenfreie Klienten n=12	Drogen konsumierende Klienten n=14	alle interviewten Klienten n=26
Dauer des Heroinmißbrauchs in Jahren bei Eintritt ins Therapiezentrum	5,3	4,1	4,6
Alter in Jahren bei Eintritt ins Therapiezentrum	22,3	22,5	22,4
Aufenthalt im Therapiezentrum in Monaten	6,0	4,5	5,2
Anzahl der regulären Entlassungen	7	5	12
Anzahl der Therapieabbrüche	3	7	10
Anzahl der disziplinarischen Entlassungen	2	2	4
Katamnesedauer in Monaten	11,0	14,8	13,0

5. DISKUSSION

5.1 Diskussion der Methoden zur Erhebung der Untersuchungsdaten

Reliabilität und Validität einer katamnästischen Untersuchung sind von der methodischen Durchführung abhängig (1, 6, 33). BALL (2) fand durch einen Vergleich von Interviewdaten mit objektiven Daten bei Opiatabhängigen eine hohe Reliabilität der persönlichen Angaben, wenn der Interviewer eine gewisse Vertrautheit mit dem Leben der Drogensubkultur besitze und für den Befragten klar erkennbar keine Verbindungen zur Polizei oder Behörden habe. Dies traf für beide Interviewer zu. Eine bewußte Verfälschung der Angaben sollte durch die in Kapitel 3.3 beschriebenen Maßnahmen und Umstände bei der Durchführung des Interviews so gering wie möglich gehalten werden, trotzdem ließen sich einige konkrete Beeinträchtigungen der Validität nicht vermeiden (siehe 4.2.5). Ebenso muß mit einer Verfälschung oder subjektiven Verzerrung von Aussagen gerechnet werden, die dem interviewten Klienten vielleicht selbst nicht bewußt ist. So schilderten z.B. manche Probanden ihr Leben in der Drogensezene sehr dramatisch, nannten unaufgefordert mit einem Anflug von Stolz die große Menge Heroin, die sie in ihren "härtesten Zeiten" täglich brauchten oder erzählten über ihre Beschaffungskriminalität wie von Heldentaten, aus denen sie, die schlaunen Füchse, letztlich immer als Sieger hervorgingen. Andere wiederum, nach ihrer Drogenzeit befragt, wurden still oder traurig, konnten sich nur sehr schwer an Einzelheiten erinnern und mußten sich sichtbar überwinden, über Vorkommnisse aus dieser Zeit zu reden. Die Verfälschung der Angaben einerseits durch pseudoheroische Übertreibung, andererseits durch die Tendenz zu Verdrängung und Verleugnung tragen glücklicherweise entgegengesetzte Vorzeichen und dürften sich somit im Gesamtergebnis des Kollektivs neutralisieren. Der Grad der subjektiven Verzerrung und Einschränkung des Erinnerungsvermögens bei Fragen über Verhaltensweisen in lang zurückliegenden Zeiträumen läßt sich dagegen nur schwer abschätzen (siehe

dazu 4.4.4 Überlegungen a und b). Um ihn so gering wie möglich zu halten, wurden bei der Befragung große Zeitsprünge dadurch vermieden, daß von der Gegenwart schrittweise in die Vergangenheit zurückgegangen wurde (siehe 3.3).

5.2 Diskussion der Auswertungsmethoden

Die kleine Zahl von 43 Klienten im Gesamtkollektiv und nur 26 Nachuntersuchten, schränkt die Aussagemöglichkeit einer katamnischen Untersuchung erheblich ein. Neben lösbaren Problemen bei der Genauigkeit der Zahlenangaben und deren Interpretation (siehe 4.3.0) ist vor allem zu beklagen, daß eine Bildung von mehreren homogenen Untergruppen nicht mehr sinnvoll erscheint (siehe 4.4.1.3). Gegenstand dieser Untersuchung waren daher Fragen, zu deren Beantwortung die Bildung von homogenen Untergruppen nicht unbedingt nötig ist, weil Veränderungen der gesamten interviewten Gruppe im Mittelpunkt der Beobachtung stehen.

Im Laufe der ersten zwei Jahre nach einer stationären Behandlung scheint sich der prozentuale Anteil der drogenfreien Klienten nicht wesentlich zu ändern, wie Nachkontrollen an einem Kollektiv von 89 Fixern nach 1, 3, 6, 12 und 24 Monaten zeigten (17). Die stark unterschiedliche Katamnesedauer der Klienten der vorliegenden Untersuchung (siehe 4.2.2) schränkt die Aussagekraft zur Drogenfreiheit also nicht ein. Allerdings kann man hierbei nur von "Drogenfreiheit" im Sinne einer Momentaufnahme, nicht von "Dauerheilungen" oder gar von "Therapieerfolg" sprechen. Die Therapie scheint eine untergeordnete Rolle bezüglich des Drogenverhaltens zu spielen, steigendes Lebensalter führt häufig im Sinne einer Spontanheilung zur Abstinenz oder Drogenreduktion (10, 11, 41). ROBINS (35) schätzt, daß Heroinsüchtige zu 3/5 der Zeit aktiv abhängig und je 1/5 der Zeit im Gefängnis oder abstinent sind und faßt aufgrund mehrerer Untersuchungen zusammen, daß die Heroinabhängigkeit im Durchschnitt 9 Jahre dauert.

Die Ergebnisse katamnistischer Studien, ihre Vergleichbarkeit untereinander und auch ihre Vergleichbarkeit mit Repräsentativer-

hebungen (siehe 4.4.4) sind stark von den angewandten Methoden, z.B. von Datenerhebung, Begriffsdefinitionen (Begriff der "Drogenfreiheit") und besonders auch von der Probandenauswahl (7, 11) abhängig. Nach DE LEON und LANGE (28) sind Schlußfolgerungen, die auf wiedergefundenen Klienten beruhen, obwohl diese nur 50% der gesamten follow-up-Stichprobe repräsentieren, als fragwürdig zu betrachten, wenn sie sich auf die gesamte ehemalige Klientenpopulation beziehen sollen. Die einzelnen Untersuchungskollektive sind ferner epidemiologisch und soziokulturell oft sehr verschieden. So finden sich in Kollektiven aus den USA meist Angehörige sozialer Randgruppen und ethnischer Minderheiten, während in europäischen Kollektiven wie auch in dem hier untersuchten, die soziale Schichtzugehörigkeit bisher keinen erkennbaren Risikofaktor bildet (10, 44), was eine direkte Übernahme des amerikanischen Erfahrungsvorsprungs auf dem Gebiet der Drogenforschung in Frage stellt.

Bei einigen zur Alkoholismustherapie durchgeführten Untersuchungen faßte FEUERLEIN (7) die Grundprobleme der Auswertung zusammen. Sie liegen demnach bei der Anwendung geeigneter statistischer Methoden und deren Interpretation, bei der Abschätzung der Effizienz therapeutischer Maßnahmen, in Probandenauswahl, Datengewinnung und im einheitlichen Gebrauch von Fachausdrücken. Die Therapieforschung der Heroinabhängigkeit steht prinzipiell vor den gleichen Auswertungsproblemen. FEUERLEIN (7) empfiehlt für weitere Untersuchungen die Formulierung von Hypothesen, die verifiziert oder falsifiziert werden können, die Durchführung von prospektiven Untersuchungen unter Verwendung von Skalen und anderen geeigneten Untersuchungsinstrumenten, die eventuell erst durch Pilotstudien gefunden werden müssen, ferner eine Beschränkung der Daten auf das absolut notwendige Maß, Standardisierung von Techniken der Datenerhebung und Auswertung bei Untersuchungen in verschiedenen Behandlungsinstitutionen und die ausreichende Motivierung der in die Untersuchung einbezogenen Therapeuten.

Bei dieser Arbeit ergab sich durch die unterschiedliche Dauer der miteinander verglichenen Beobachtungszeiträume ein spezielles Auswertungsproblem, auf das in Abschnitt 4.4.5 eingegangen wurde.

Die oben genannten Grundprobleme bei der Auswertung wurden dort, wo sie in der vorliegenden Untersuchung auftraten, bei der Interpretation berücksichtigt, insbesondere wurde auf eine Erfassung aller Klienten ohne Vorauswahl und auf die möglichst genaue Beschreibung der nicht Interviewten (siehe 4.3) Wert gelegt. Die Konsequenz der meisten hier genannten Überlegungen war, daß zur Interpretation nur deutliche Merkmalsunterschiede herangezogen wurden.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Die in der Literatur bisweilen angetroffene Beobachtung, es habe sich seit 1974/75 eine zweite Drogenszene mit einem Einstiegsalter jenseits des 25. Lebensjahres herausgebildet (27), konnte an diesem freilich recht kleinen Kollektiv nicht bestätigt werden. Es ist bekannt, daß drogenabhängige wie auch auf andere Weise auffällig gewordene Jugendliche viel häufiger aus zerbrochenen oder zerrütteten Familien stammen, als ein Durchschnittsjugendlicher. Die Angaben in der Literatur zur Häufigkeit der broken - home-Situation schwanken erheblich, was vor allem auf Unterschiede der Kollektive und der Begriffsdefinition zurückzuführen ist, die häufig nicht einmal angegeben ist. In dem hier interviewten Gesamtkollektiv wurde beschrieben, bei wem die Klienten in den ersten zwölf Lebensjahren überwiegend aufgewachsen sind (Abb. 16), und es wurde die Familiensituation zum Zeitpunkt der ersten Einnahme illegaler Drogen erfaßt (Abb. 17).

Die momentane Drogenfreiheit im Gesamtkollektiv liegt mit großer Wahrscheinlichkeit zwischen 28% und 46% und damit im Niveau von 8 vergleichbaren deutschen Fixerkollektiven, die zwei bis drei Monate nach stationärer Therapie nachuntersucht wurden (5). Zu diesem Vergleich muß einschränkend gesagt werden, daß der Anteil unbekannter Klienten in den acht Kollektiven mit 50% etwas höher lag, als in dieser Untersuchung, daß Angaben zur Drogenfreiheit teilweise geschätzt waren und solche zur Vorauswahl der Klienten völlig fehlten. KURTZ (26) interviewte ein Fixerkollektiv nach

richterlich angeordneter Langzeittherapie von mindestens einem halben Jahr nach und fand durchschnittlich zwei Jahre nach Entlassung 57 (85%) Klienten wieder, von denen 35% momentan drogenfrei waren bzw. 17% im gesamten katamnästischen Zeitraum höchstens einmal Drogen genommen hatten. Aufschlußreich war, daß 65% aller der von KURTZ nachuntersuchten Patienten, also auch der rückfälligen und erneut untergebrachten, die Therapie unter Zwang nachträglich für richtig hielten und daß 70% angaben, die Therapie hätte ihnen geholfen. Sein bezüglich der Drogenkarriere gut beschriebenes Kollektiv unterschied sich von dem hier untersuchten im Wesentlichen durch die Vorauswahl der Interviewteilnehmer und eine höhere Delinquenz und brachte auch in anderen Bereichen Ergebnisse, die mit dieser Untersuchung übereinstimmten. So wurden alle harten und weichen Drogen nach der Therapie deutlich weniger genommen, Kontakte zu Mitgliedern der Szene nahmen ab und der Lebensunterhalt wurde weniger aus illegalen Quellen bestritten, dafür aber mehr über Sozialhilfe. KURY (27) stellte fest, daß Abhängige von illegalen Drogen häufiger als andere straffällig gewordene ihre Freizeit mit Freunden verbringen und erklärt diese Beobachtung mit der Beschaffung der Drogen. Eine zusätzliche Erklärungsmöglichkeit wäre die in dieser Untersuchung gefundene Inflation des Begriffes "Freund" während der Drogenzeit (siehe 4.4.3). Drogentäter bildeten nach KURY (27) im Strafvollzug die Gruppe, die vor ihrer Inhaftierung im Vergleich zu den übrigen Insassen die geringste Freizeitbeschäftigung mit Sport oder Hobbys angab und relativ lange arbeitslos war. Seine Beobachtungen lassen sich ebenfalls gut mit den hier vorliegenden Ergebnissen in Einklang bringen. Viele Autoren bestätigen, daß zufriedenstellende Tätigkeiten, auch solche außerhalb des Berufsrahmens, z.B. intensiv betriebene Hobbys, mit Abstinenz verbunden sind (10, 4, 29, 30, 41, 46).

Die Klienten waren in einem Alter, in dem im allgemeinen eine eigenständige Existenzgrundlage geschaffen wird und die äußere sowie innere Loslösung vom Elternhaus erfolgt. Der Aufbau eines eigenen "inneren und äußeren Zuhause" konnte nach der Therapie so zu einem der wichtigsten neuen Werte für die Klienten werden, die

in Konkurrenz zur früheren Heroinabhängigkeit traten (siehe 4.4.5 und 4.4.8).

Der nach der Therapie beobachtete bessere Umgang mit Geld (siehe 4.4.6) drückte auch die erworbene Fähigkeit zum Aufbau größerer Spannungsbögen zwischen Auftreten und Befriedigung von Bedürfnissen aus, die den Klienten vor der Therapie offenbar fehlte. Die beobachtete Legalitätsbewährung im interviewten Kollektiv - nur ein Bruchteil der Klienten lebte auch nach der Therapie noch von illegalem Geld gegenüber fast allen in der Drogenzeit (Abb. 24) - setzt ebenfalls die Fähigkeit zum Aufbau von größeren Spannungsbögen voraus, vor allem, wenn man bedenkt, daß zur Finanzierung der Drogen große Geldbeträge in kurzer Zeit illegal "erwirtschaftet" wurden, während nach der Therapie hart dafür gearbeitet werden mußte.

Als einer der wichtigsten Faktoren, die Einfluß auf das Drogenverhalten nahmen, stellte sich die Fähigkeit heraus, eine befriedigende heterosexuelle Partnerschaft einzugehen und aufrecht zu erhalten, was mehrere katamnestiche Untersuchungen bestätigten (10, 29, 41). Dieser Bereich war zu allen Zeiten relativ wichtig, am wenigsten noch vor der Drogenzeit, wohl wegen des jugendlichen Alters der meisten Klienten, doch konnte er erst nach Beendigung oder Reduzierung der Drogenabhängigkeit zu einem wirksamen Antagonisten des Heroins heranwachsen (Tab. 2).

Auf die Frage "Woran hängst du am meisten?" antworteten zwei Klienten: "Eigentlich an allem oder an garnichts." Diese scheinbar widersprüchliche Antwort war, obwohl sie nur von 2 Jugendlichen ausgesprochen wurde, nach dem subjektiven Eindruck des Untersuchers kennzeichnend für die Situation der meisten Befragten nach der Therapie. Das nach der Einstellung des Heroinmißbrauchs entstandene Vakuum war langsam und mühsam mit mehreren anderen Lebensbereichen und vielen Kleinigkeiten aufgefüllt worden. Kein anderer Bereich konnte nach der Therapie eine ebenso dominierende und zentrale Stellung erreichen, wie das Heroin in der Drogenzeit, was offenbar von vielen als Enttäuschung erlebt wurde. Dafür "weitete sich der Blickwinkel", es gab mehrere Bereiche und viele Kleinigkeiten, die den Klienten zumindest ein

bißchen wichtig geworden waren, und all diese Dinge zusammen wollten sie dann doch nicht gegen Heroin "eintauschen".

6. ZUSAMMENFASSUNG

Von Mitte 1979 bis Ende 1980, in den ersten eineinhalb Jahren seit Bestehen, wurden 43 junge Opiatabhängige zur stationären Langzeittherapie im Therapiezentrum Bischofsried aufgenommen. Bei allen wurde ohne jede Vorauswahl der Versuch einer Kontaktaufnahme gemacht, es kam zu 26 Interviews, die im Sommer 1981 bis zum Sommer 1982 nach Möglichkeit in der Wohnung des Klienten stattfanden. Ziel der Nachuntersuchung war die Beantwortung folgender Fragen:

1. In welchen Merkmalen unterscheidet sich der Anteil der Klienten, die an der Befragung teilnahmen, vom Gesamtkollektiv?
2. Welche Lebensbereiche verändern ihre Wichtigkeit, wenn man das gesamte Leben der Klienten betrachtet?
3. Wie leben die Klienten zum Zeitpunkt des Interviews, ist bei den gebesserten etwas an die Stelle des Heroins getreten?

Beschreibung des interviewten Kollektivs

Die 18 männlichen und 8 weiblichen Nachuntersuchten waren bei Eintritt ins Therapiezentrum durchschnittlich 22,5 (18 bis 28) Jahre alt, für 12 von ihnen spielten äußere Umstände, meist Bewährungsauflagen, eine wichtige Rolle für die Therapiemotivation.

Sie blieben im Durchschnitt 5,2 Monate in stationärer Therapie, 12 wurden regulär entlassen, 4 disziplinarisch und 10 brachen die Therapie meist innerhalb des ersten Monats ab. Im Anschluß an die Entlassung wechselten 6 Klienten in ein Übergangswohnheim.

Der Erstkontakt mit illegalen Drogen fand bei den Nachuntersuchten durchschnittlich mit 15,4 (13 bis 19) Jahren statt, der erste Schuß mit 17,7 (15 bis 22) Jahren. Bei Eintritt ins Therapiezentrum dauerte die Drogenkarriere bereits 7,0 (3 bis 12) Jahre an, harte Drogen wurden seit 4,6 (1 bis 12) Jahren gefixt. Fast alle Klienten waren als polytoxicoman einzustufen, bevorzugten aber

Heroin. 10 Nachuntersuchte hatten vor Bischofsried eine oder mehrere Langzeittherapien in speziellen Einrichtungen für Drogenabhängige gemacht, 16 waren einmal oder öfter im Gefängnis gewesen.

Die interviewten Klienten waren überwiegend in süddeutschen Großstädten aufgewachsen, die Bevorzugung einer Gesellschaftsschicht war nicht nachzuweisen. 12 hatten für mindestens ein Jahr einen höheren Schultyp als die Hauptschule besucht, bei Eintritt ins Therapiezentrum hatten aber nur 15 eine abgeschlossene Berufsausbildung, 7 hatten den Hauptabschluß ohne abgeschlossene Lehre und 4 weniger als den Hauptschulabschluß.

Nur 17 der interviewten Klienten sind in den ersten 12 Lebensjahren überwiegend bei beiden Eltern aufgewachsen, zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit Drogen lebten die Eltern von 15 Klienten noch mit ihrem ehemaligen Partner zusammen. Einzelkinder waren über-, Erstgeborene unterrepräsentiert.

Gesamtkollektiv und interviewte Teilgruppe

Das Gesamtkollektiv von 43 Klienten ähnelte in der Verteilung der meisten Einzelmerkmale weitgehend den 26 Nachuntersuchten, insbesondere im Drogenverhalten mit allen seinen Konsequenzen. Folgende Unterschiede konnten festgestellt werden:

Die interviewte Teilgruppe machte intensivere, vielleicht auch positivere Erfahrungen mit dem Therapiezentrum, denn ihre Probanden blieben im Durchschnitt länger, erreichten häufiger die reguläre Entlassung und wechselten nach der Entlassung häufiger in ein Übergangswohnheim. Im Gesamtkollektiv war der Anteil der Großstadtkinder noch höher als bei den interviewten Klienten, der Anteil der ehemaligen Realschüler und Gymnasiasten dagegen niedriger, so daß das interviewte Teilkollektiv vermutlich eine positive Auswahl der intellektuell interessierten Klienten darstellt. Klienten des Gesamtkollektivs kamen häufiger aus unvollständigen oder zerbrochenen Familien.

Die erste Frage ist damit beantwortet. Um auch Frage zwei und drei beantworten zu können, wurde das Leben der Klienten unterteilt in die Zeit nach der Therapie, die Drogenzeit und die Zeit vor der Drogenzeit. Im weiteren Verlauf werden diese drei Zeiträume hinsichtlich der Ausprägung und Häufigkeit von Merkmalen miteinander verglichen.

Drogen und Alkohol

Die interviewten Klienten verbrauchten in ihrer Drogenzeit pro Woche durchschnittlich illegale Drogen für 1700 DM, nach der Therapie noch 170 DM pro Woche. Alkohol wurde bei einem Teil der Befragten nach der Therapie zum meist kontrolliert angewandten Rauschmittel, die insgesamt konsumierte Menge sank nach der Therapie auf weniger als die Hälfte und war gleichmäßiger im Kollektiv verteilt. 12 Klienten wurden zum Zeitpunkt des Interviews als drogenfrei eingestuft, sie fixten nicht, nahmen vierteljährlich höchstens einmal illegale Drogen, hatten im Monat höchstens zwei bis drei mal stärkeren Alkoholkonsum und nahmen Medikamente aus nicht medizinischer Indikation höchstens gelegentlich ein. Der Anteil der Drogenfreien im Gesamtkollektiv liegt somit sehr wahrscheinlich zwischen 28% und 46%.

Arbeitsbereich

Die interviewten Klienten lebten nach der Therapie deutlich weniger von illegalem Geld, sie ließen sich nicht so oft von Eltern oder dem Partner unterstützen, machten weniger Schulden und Verkäufe, beanspruchten häufiger Sozialgelder und waren wesentlich häufiger fest angestellt. Sie konnten sich nach der Therapie besser mit ihrer Arbeit identifizieren, waren zufriedener damit und hatten weniger Streit mit Arbeitskollegen oder Vorgesetzten.

Freundeskreis

Mit Beginn der Drogenzeit dehnte sich der Begriff "Freund" für die meisten der Nachuntersuchten, so daß meist große Teile der Szene als "Freunde" bezeichnet wurden, nach der Therapie sank die Zahl der als "Freunde" bezeichneten Menschen deutlich. Die Zahl der "Freunde, mit denen man persönliche Probleme besprechen kann", änderte sich im Laufe des Lebens nur wenig und war nach der Therapie mit durchschnittlich 3 Freunden am größten, darin überwogen stets Leute, die keine illegalen Drogen nahmen.

Freizeit

Im Vergleich zu einem repräsentativen Kollektiv gaben die interviewten Klienten in allen Zeiträumen passiv konsumierende Formen der Freizeitgestaltung häufiger an, besonders ausgeprägt in der Drogenzeit. Nach der Therapie stiegen die aktiven und kreativen Formen der Freizeitgestaltung, die in der Drogenzeit vernachlässigt wurden, deutlich an. Hausarbeit und Gastgeberrolle nahmen einen neuen und wichtigen Platz ein. Die vor der Drogenzeit sehr häufigen sportlichen Aktivitäten wurden in der Drogenzeit fast völlig eingestellt und konnten erst nach der Therapie von einem Teil der Klienten langsam wiederentdeckt werden.

Wohnverhältnisse

Wohnten in der Drogenzeit noch fast 70% der interviewten Klienten zeitweise bei ihren Eltern, so waren es nach der Therapie nur etwa 30%. Der Aufenthaltsort wurde nicht mehr so oft gewechselt. Der eigene Wohnbereich entwickelte sich von einer Schlafstelle, die er in der Drogenzeit meist nur gewesen war, zu einem oft liebevoll gestalteten Zuhause, das auch Ausdrucksfeld für einige wiedergewonnene Werte war.

Besitz und Geld

In der Drogenzeit setzten die interviewten Klienten Dinge, an denen sie früher hingen und die sie sich vielleicht lange Zeit erspart hatten, in Heroin um. Nach der Therapie wurden Gebrauch und Besitz von materiellen Gütern wieder wichtiger. Die Probanden gaben ihr Geld anstatt für Drogen jetzt viel häufiger für eine Hobbyausrüstung, Wohnungseinrichtung, Stereoanlage usw. aus. Der Begriff "Besitz" war offenbar mit einer negativen Wertung belastet und sollte in zukünftigen Untersuchungen durch einen neutralen Begriff ersetzt werden, um Verfälschungen des Ergebnisses zu vermeiden. Mußten die meisten Klienten in der Drogenzeit Schulden machen, so lebten nach der Therapie nur 3 über ihre finanziellen Verhältnisse.

Therapie in Bischofsried

Während der Therapie in Bischofsried weitete sich für viele Probanden der in der Drogenzeit auf das Heroin eingeengte Blickwinkel, manche entdeckten an sich oder ihrer Umgebung Dinge, für die es sich wieder lohnen könnte, auch ohne Drogen zu leben. Die Frage, ob ihnen die Therapie etwas gebracht hätte, beantworteten 19 Klienten mit Hilfe einer Skala von 1 bis 6 eher positiv, 7 eher negativ.

Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche

Es wurde der Versuch gemacht, die Lebensbereiche Drogen, Arbeit/ Schule/ Lehre, Beziehung zum Partner, Beziehung zu guten Freunden, Beziehung zu Mitmenschen, Sexualität/ Zärtlichkeit, Freizeit/ Interessen, Wohnung/ Zuhause, Auto/ Besitz, eigener Körper/ Gesundheit und eigenes Aussehen/ Kleidung in ihrer Bedeutung für die Klienten persönlich abzuschätzen und zwar in allen drei untersuchten Zeiträumen. Die Drogen waren der einzige Bereich,

der in der Drogenzeit wichtiger als in der Zeit davor und danach war, die Bereiche Auto/ Besitz und Aussehen/ Kleidung blieben in den drei Zeiträumen fast konstant, alle anderen genannten Bereiche verhielten sich in ihrer zeitlichen Entwicklung umgekehrt zu den Drogen. Betrachtet man die Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche relativ zueinander in ihrer zeitlichen Entwicklung, so waren die Drogen und die damit anscheinend assoziativ verknüpften Bereiche Auto/ Besitz und Aussehen/ Kleidung in der Drogenzeit wichtiger, als in den übrigen Zeiten, gute Freunde hielten zu allen Zeiten ihren mittleren Platz auf der Rangskala. Alle übrigen Bereiche waren nach der Therapie relativ wichtiger als in der Drogenzeit.

Die zweite Frage dieser Untersuchung ist damit beantwortet, die Beantwortung der dritten kann folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Das nach der Einstellung des Heroinmißbrauchs entstandene Vakuum mußte mit mehreren anderen Werten und mit vielen Kleinigkeiten aufgefüllt werden, damit es sich lohnen konnte, ohne Drogen zu leben. Die Beziehung zum Partner, ein "inneres und äußeres Zuhause" und ein zufriedenstellendes Sexualleben spielten hierfür die wichtigste Rolle, doch konnte kein Bereich nach der Therapie eine ebenso zentrale und dominierende Rolle erreichen, wie das Heroin in der Drogenzeit, was offenbar von vielen als Enttäuschung erlebt wurde. Aber alle diese Dinge zusammen wollten die meisten Klienten dann doch nicht gegen Heroin eintauschen.

Vergleich zwischen drogenfreien und Drogen konsumierenden Klienten

Die Unterschiede zwischen zum Zeitpunkt des Interviews drogenfreien und den Drogen konsumierenden Klienten waren in allen Lebensbereichen relativ gering, wenn man sie mit den Unterschieden zwischen Drogenzeit und Zeit nach der Therapie vergleicht, so wie auch die Menge der nach der Therapie konsumierten Drogen verglichen mit der vorher verbrauchten Menge relativ gering war.

7. LITERATUR

1. AMSEL, Z., HOCHERMAN, MANDELL, W., MATTHIAS, L. und C. MASON: Reliability and validity of self-reported illegal activities and drug use collected from narcotic addicts. The International Journal of the Addictions 11(2), 325-336 (1976)
2. BALL, J.C.: The Reliability and Validity of Interviews Obtained from 59 Narcotic Drug Addicts. Amer. J. Sociol. 72, 650-654 (1967)
3. BAXTER, R. und C. NUTALL: Severe Sentences; No Deterrent to Crime? In: Criminal Justice - Selected Readings, ed. by Baldwin, I. and A.K. Bottomley, S.221-227, London 1978
4. BESS, B., JANUS, S. und A. RIFKIN: Factors in Successful Narcotics Renunciation. Amer. J. Psychiat. 128, 861-865 (1972)
5. BÜHRINGER, G.: Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige, München: Gerhard Röttger Verlag 1981
6. CAMPBELL, D.T.: Assessing the impact of planned social program evaluation. In: Evaluation Studies Review Annual, Vol. 2, ed. by Guttentag, M. and S. Saar, S. 125-145, London: Sage Publications 1979
7. FEUERLEIN, W.: Auswertung und Ergebnisse von Behandlungsprogrammen bei Alkoholismus. In: Drogen und Alkohol, Hrsg. Ladewig, D., S. 101-115, Basel, München: Karger 1980
8. FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG: Wieder mehr Todesopfer durch Heroin. dpa, 23. Juli 1982
9. FUSSGÄNGER, R.D.: Alkoholmetabolismus und Stoffwechselwirkungen. Z. Allg. Med. 57, 1405-1418 (1981)
10. GOELZ, J.: Katamnestiche Untersuchungen an klinisch und ambulant behandelten jugendlichen Drogenkonsumenten. Med. Diss., Tübingen 1977
11. HOBI, V.: Psychotherapieforschung bei Drogenabhängigkeiten. In: Drogen und Alkohol, Hrsg. Ladewig, D., S. 11-29, Basel, München: Karger 1980

12. INFRATEST: Drogen, Alkohol, Nikotin, Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern, Wiederholung 1976. Infratest Gesundheitsforschung, München 1976
13. INFRATEST: Alkohol- und Drogenmißbrauch, Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen 1981, Dtsch. Arzt 32, Nr. 7, 54-60 (1982)
14. JUNGE, U.: Leberschäden durch Alkohol. Z. Allg. Med. 37, 1443-1448 (1981)
15. KAFFARNIK, H.: Leber und Alkohol. Euromed 22, 218-224 (1982)
16. KAISER, G.: Kriminologie, ein Lehrbuch. Heidelberg, Karlsruhe: C.F. Müller 1980
17. KALINER, B.: Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. In: Drogen und Alkohol, Hrsg. Ladewig, D., S.165-177, Basel, München: Karger 1980
18. KERNER, H.-J.: Alkohol, Alkoholismus. In: Kleines kriminologisches Wörterbuch, Hrsg. Kaiser, G., Sack, F. und H. Schellhoss, S.23-27, Freiburg 1974
19. KEUP, W.: Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medikamente. In: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren, Hrsg. Schmidt, H.G., S.58-69, Hamburg: Neuland Verlagsgesellschaft 1980
20. KEUP, W.: Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medikamente. In: Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren, Hrsg. Schmidt, H.G., S.22-36, Hamburg: Neuland Verlagsgesellschaft 1981
21. KIELHOLZ, P.: Erstinterview, entnommen aus dem Projekt im Rahmen des Nationalen Programms Jugend und Integration der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, unveröffentlichtes Exemplar, Basel 1979
22. KÖRNER, H.H.: Neuordnung des Betäubungsmittelrechts. Neue Juristische Wochenschrift 35, 673-677 (1982)
23. KREUZER, A.: Drogen und Delinquenz. Empirisch-jugendkriminologische Untersuchung der Erscheinungsformen und Zusammenhänge, Wiesbaden: Akad. Verl.-Ges. 1975
24. KREUZER, A.: Das Drogenproblem und Grundstrategien einer Drogenpolitik. Suchtgefahren 25, 97-113 (1979)

25. KREUZER, A., GEBHARDT, CH., MAASSEN, M. und M. STEIN-HILBERS:
Drogenabhängigkeit und Kontrolle. BKH Forschungsreihe, Wies-
baden: Bundeskriminalamt 1981
26. KURTZ, C.D.: Erfolge und Grenzen der Langzeittherapie Drogen-
abhängiger nach richterlicher Einweisung. In: Behandlung der
Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe, Hrsg. Keup, W.,
S.187-192, Stuttgart: Thieme 1981
27. KURY, H.: Zur Drogenproblematik in der Bundesrepublik, insbe-
sondere im Strafvollzug. Drogalkohol 2/1982, 15-42
28. LEON de, G. und K.-J. LANGE: Methodische Probleme bei der
Evaluation Therapeutischer Gemeinschaften für Drogenabhän-
gige. Suchtgefahren 26, 199-202 (1980)
29. LEVY, B.s.: Five Years After: A Follow-Up of 50 Narcotic
Addicts. Amer.-J. Psychiat. 128 868-872 (1972)
30. LÖCHENBACH, P. und R. NINGEL: Die Schwimmgruppe - eine neue
ergänzende Möglichkeit in der Nachsorge - Projektbericht -
Suchtgefahren 28, 91-102 (1982)
31. LOCKROT, R.: Opiatabhängige in der ärztlichen Praxis. Z.
Allg. Med. 55, 1852-1858 (1979)
32. LÜDERSEN, K.: Abhängigkeit von Drogen - verspricht das Ge-
setz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts Abhilfe? In:
Rausch und Realität, Drogen im Kulturvergleich, Hrsg.
Völger, G., S.748-751, Köln: Ges. f. Völkerkunde 1981
33. MAHONEY, M.J.: Experimental methods and outcome evaluation.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 46, 660-672
(1978)
34. OSTERMAYER, E.: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei ju-
gendlichen Drogenabhängigen unter besonderer Berücksichti-
gung des Körperempfindens, Eßverhaltens und der Sexualität.
Med. Diss., München 1983
35. ROBINS, L.N.: Suchtkarrieren. In: drogen-report 1/4, 12-17
(1980)
36. SAALBACH, P.: Drogenknast - die perfekte Therapie? Psycholo-
gie heute 9, 52-53 (1982)
37. SCHROTH, H.-J.: Bericht über das 16. Colloquium der südwest-
deutschen kriminologischen Institute. Monatsschrift für
Kriminologie 64, 103-108 (1981)

38. SIMPSON, D.D.: Use of Alcohol by DARP Patients in Treatment for Drug Abuse: 1969-1971 Admissions. In: Research on Patients, Treatments and Outcomes, Studies of the Effectiveness of Treatment for Drug Abuse, Vol.II, ed. by Sells, S.B., S.309-358, Texas: Ballinger Publishing Company USA 1974
39. SLOTTY, M.: Neuer Anlauf zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts. ZRP 60-65 (1981)
40. STEIN-HILBERS, M.: Was passiert mit Fixern? Strategie der Drogenpolitik. Kriminologisches Journal 12, 17-23 (1980)
41. STEPHENS, R. und E. COTTRELL: A Follow-Up Study of 200 Narcotic Addicts committed for Treatment under the Narcotic Addict Rehabilitation Act (NARA). Brit. J. Addict 67, 45-53 (1972)
42. STRASS, E.: Die Entwicklung der Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. In: Polizeiliche Drogenbekämpfung, Hrsg. Bundeskriminalamt, S. 7-32, Wiesbaden 1981
43. STRATHENWERTH, I.: "Das ist ja schlimmer als im Knast hier" - Die Auswirkungen von Strafverfolgungsmaßnahmen auf unsere therapeutische Arbeit mit Drogenabhängigen. Kriminalpädagogische Praxis 11/12, 39-43 (1981)
44. UCHTENHAGEN, A., ZIMMER-HÖFLER, D. und A. WIDMER: Zum Familienhintergrund bei Drogenabhängigen. Drogenbulletin, Heft 15 (September 1982)
45. WALDMANN, H.: Erfahrungen aus einer großstädtischen Drogenklinik. In: Drogen und Alkohol, Hrsg. Ladewig, D., S. 146-151, Basel, München: Karger 1980
46. WANKE, K.: Neue Aspekte zum Suchtproblem. Multifaktorielle Analysen klinischer Erfahrungen mit jungen Drogenkonsumenten. Habilitationsschrift, Frankfurt 1971
47. WINKLER, K.R.: Motivation zur Therapie im Laufe eines Strafverfahrens. In: Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe, Hrsg. Keup, W., S.14-20, Stuttgart: Thieme 1981
48. ZIMRING, F.E.: Punishment and Deterrence. Bad Checks in Nebraska - A Study in Complex Threats. In: Corrections and Punishment, ed. by Greenberg, D.f., S. 173-189, Beverly Hills 1977

Anhang 1: Fragebogen

Zusammenstellung der in dieser Arbeit ausgewerteten Interviewfragen in der Reihenfolge ihrer Auswertung

1. Warum hast du dich anfixen lassen? (Mehrfachnennungen)

ich wollte dazugehören
Neugierde
Probleme mit den Eltern
wurde stark enttäuscht
meine Freunde machten es auch
hatte Angst vor dem Alleinsein/hab mich allein gefühlt
mich hat Schule/Arbeit zu sehr gefordert
Langeweile
mein Partner machte es auch
schaffte es nicht, so zu sein, wie ich wollte
Rauscherlebnis
allgemeine Unzufriedenheit/Depression
ich wollte auch anerkannt werden
wurde überredet, konnte nicht nein sagen
sonstiges:

2. Ab welchem Alter hast du (fast) täglich gefixt?

3. Wie häufig hast du

gefixt?
andere Drogen genommen?
Medikamente ohne Verordnung genommen?
einen Alkoholrausch gehabt?

nach der Therapie - in der Drogenzeit

4. Wieviel gibst du pro Woche durchschnittlich für Drogen aus?

nach der Therapie - in der Drogenzeit

5. Was bringt dir das?

nach der Therapie - in der Drogenzeit

6. Wieviel Alkohol trinkst du durchschnittlich pro Woche?

wie viele Flaschen Bier?

wie viele Liter Wein?

wie viel Spirituosen?

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

7. Wieviele Therapien hast du vor oder nach Bischofsried gemacht?

vor:

nach:

8. Wovon lebst du? (Mehrfachnennungen)

möchte nichts dazu sagen

im Haushalt der Eltern/Elternteil

von eigenen Ersparnissen

von ererbtem Vermögen

Unterstützung durch Eltern, weil....

Unterstützung durch Partner

von Freunden gepumpt

andere Schulden

Sozialgelder

hab Sachen von mir verkauft, welche?

illegales Geld (Dealen, Stehlen, Einbruch)

von der eigenen Arbeit:

fest angestellt

jobben

Prostitution

selbständig, was?

sonstiges:

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

9. Was gefällt dir an deiner Arbeit/Schule/Lehre?

(Mehrfachnennungen, Positives aus mehreren Jobs)

interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit

verstehe mich gut mit Vorgesetzten/Lehrern

verstehe mich gut mit Kollegen/Mitschülern

kann eigene Ideen entwickeln/bringen

muß mich nicht anstrengen

brauche nicht viel Verantwortung tragen

bin dadurch von der Szene weg, bin von der Droge abgelenkt

viel Freizeit/Ferien haben

fester Stundenplan

sicherer Posten

guter Verdienst

Aufstiegsmöglichkeiten

ruhiger Arbeitsplatz

sonstiges:

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

10. Hast du in deiner Arbeit/Schule/Lehre häufig Schwierigkeiten oder Streit mit den Leuten, mit denen du zusammenarbeitest?

Um was geht es dabei?

nein, nie

ja, gelegentlich

ja, häufig

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

11. Bist du mit Deiner Arbeit/Schule/Lehre, die Du machst, im Allgemeinen zufrieden?

von 1 = sehr zufrieden ... bis 6 = sehr unzufrieden

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

12. Welche Arbeit würdest du gerne machen, was wäre Dein Traumberuf?

13. Wie viele Freunde/Freundinnen hast du eigentlich?
Sind das überwiegend

Fixer

keine Fixer, nehmen aber andere Drogen

Leute, die keine Drogen nehmen?

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

14. Mit wie vielen Freunden/Freundinnen kannst du deine persönlichen Probleme besprechen?

Wie viele von ihnen sind

Fixer

keine Fixer, nehmen aber andere Drogen

Leute, die keine Drogen nehmen?

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

15. Was machst du in deiner Freizeit oft, ab und zu oder nie?

Sport treiben

Kino/Theater/Konzert

Diskotheek

"einen heben"/Kneipe/essen gehen

mit Freunden treffen

nichts tun/rumhängen

schlafen

Musik machen/malen/zeichnen

fernsehen

Musik hören

Zeitung lesen

ein gutes Buch lesen

Moped/Auto fahren

handwerken, was?

Hausarbeit

Kleider nähen, Handarbeit

spazieren gehen/Rad fahren

gutes Essen kochen/andere Leute einladen

sonstiges

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

16. Wie wohnst du?

bei Eltern/Elternteil

allein:

eigenes Zimmer

eigene Wohnung

mit anderen:

zu zweit mit fester Freundin

in WG

bei Bekannten

Knast

Wohnheim

sonstiges:

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

17. Ist es dir wichtig, wie dein Zimmer/Wohnung aussieht?

ist mir egal

ist mir wenig wichtig

ist mir ziemlich wichtig

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

18. Hast du dir dein Zimmer/deine Wohnung selbst gestaltet?

Womit? (Mehrfachnennungen)

gekaufte Möbel

geschenke Möbel

Bilder/Poster

Farben/Tapeten/Teppich

Eigenbauten

sonstiges:

wohne voll möbliert

die Gestaltung des Zimmers interessiert mich nicht

nach der Therapie - in der Drogenzeit

19. Welche der folgenden für dich wertvollen Dinge besitzt du?

(Mehrfachnennungen)

Auto/Moped/Fahrrad

Stereoanlage

Musikinstrument

teure Wohnungseinrichtung

Schmuck, teure Kleider

Hobbyausrüstung (z.B. zum Fotografieren, Handwerken)

sonstiges:

nach der Therapie - in der Drogenzeit

20. Wie kommst du mit deinem Geld aus?

es reicht mir nie, muß mir ständig was pumpen

verbrauche mein Geld immer

es bleibt mir meistens was übrig

lege manchmal was auf die Seite für

spare regelmäßig für.....

nach der Therapie - in der Drogenzeit

21. Hast du aus deiner Drogenzeit noch heute Schulden?

Wieviel?

22. Hat dir Bischofsried etwas gebracht? (von 1 = hat mir sehr viel gebracht bis 6 = hat mir nichts gebracht)

23. Was war für dich in Bischofsried sehr wichtig (= 3),
noch wichtig (= 2), unwichtig (= 1)?

Arbeit

Zusammenleben in der Gruppe

einzelne weibliche Klienten

einzelne männliche Klienten

Essen

Landschaft

Einzeltherapie

Beziehung zum Einzeltherapeuten

Gruppensitzungen

sonstiges:

24. Wie wichtig sind für dich folgende Lebensbereiche?
(von 1 = sehr wichtig bis 6 = unwichtig)

Drogen

Arbeit/Schule/Lehre

Beziehung zum Partner

Beziehung zu guten Freunden

Beziehung zu Mitmenschen

Sexualität, Zärtlichkeit

Wohnung/Zuhause

Auto/Besitz

eigener Körper, Gesundheit

eigenes Aussehen, Kleidung

nach der Therapie - in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

25. Woran hängst du am meisten?

nach der Therapie - im Therapiezentrum Bischofsried -

in der Drogenzeit - vor der Drogenzeit

Anhang 2:

L e b e n s l a u f

Titze, Peter

geboren am 14.3.1955 in Ratibor (Oberschlesien) als Sohn des Gewerbelehrers Titze Gerhard und seiner Ehefrau Theresia, geborene Musiol

Sommer 1958

Übersiedelung nach München

Schulbildung

1961 bis 1965

4 Jahre Volksschule in München

1965 bis 1974

9 Jahre mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium in München, Abschluß mit Abitur

Zivildienst

November 1974

bis Februar 1976

Zivildienst im Kreiskrankenhaus "Hetzelstift" in Neustadt an der Weinstraße

Berufsausbildung

Mai 1976 bis

Oktober 1982

Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Abschluß mit der Approbation als Arzt

Berufsausübung

seit April 1983

Assistenzarzt in der Kinderklinik Neuburg an der Donau

